

ПРАГМАТИЗМ. ФИЛОСОФСКАЯ ОСНОВА НАЦИОНАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ НАУК И ВРАЧЕБНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Кутлумуратов Атабек Бекчанович - Республика Узбекистан, Ташкент & Самарканд / Российская Федерация, г. Калининград; e-mail: atabekb@yahoo.com; phone: +998-99-5573710; +998-94-6513710; +998-94-1121896.

Аннотация

Это - пятый трактат из цикла “Об онтологических и эпистемологических основаниях современной медицины и физиологии”, публикуемого автором в электронном фонде vixra.org, начиная с 2016 года. Обобщаются высказанные в предыдущих трактатах соображения с проекцией на вопрос о формировании национальных медицинских наук, непрерывного врачебного образования и понимание сути здравоохранения как социального института, регулирующего деятельность медицинских практик в интересах населения (нации) страны в целом. Основу медицинского знания составляет врачебное мышление, чья специфика непосредственно связана с глубокой доисторией человека и сводится к естественной способности человека организовывать свое мышление, ориентируясь на сочувствие другому человеку, психофизическое сопереживание текущему состоянию его здоровья. Врачебное мышление как бы профессионально дополняет естественную способность человека сочувствовать другому человеку. Оно направлено на индивидуацию врачевания в каждом клиническом случае, поскольку нет универсального врачевания, подходил для всех клинических случаев и всех больных, даже если речь при этом идет об одном и том же диагнозе. Наука же сосредоточена на классификации объектов. Из индивидуаций врачевания каждого больного складывается интегральная эффективность всей системы здравоохранения. То есть наука о здравоохранении стремится в интересах эффективности медицинского обслуживания населения совместить индивидуацию врачевания с медицинским научным знанием как классификацией. Следовательно, если медицина как наука врачевания фактически строится на этой особенности врачебного мышления, то здравоохранение, организуя врачебные практики в интересах каждого потенциального пациента, служит «ядром самоорганизации» национальных медицинских наук. *Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ)* - показатель воспроизводства здоровья в данном обществе. Устойчивость общества определяется воспроизводством его здоровья рациональным регулированием социальных практик (в том числе – врачебных) посредством адресных экономических вложений. Поэтому экономический потенциал воспроизводства здоровья косвенно можно выразить макроэкономическими показателями - валовым внутренним продуктом и валовым национальным продуктом (ВВП и ВНП) на уровне страны, и валовым региональным продуктом (ВРП) - на уровне региона. Потенциал здоровья общества на национальном уровне определяется способностью социальных институтов адекватно направлять его экономический потенциал на воспроизводство благополучия нации, интегрально выражаемого ОПЖ. Отсюда, в частности, следует, что на фоне благоприятного в целом воспроизводства здоровья нации должна наблюдаться сильная корреляция между значениями региональных показателей ОПЖ и ВРП. Кратко обсуждается ранее предложенная автором эволюционно-онтогенетическая парадигма. При этом показано, что клиническое мышление тяготеет к эволюционной эпистемологии Ламарка.

Ключевые слова:

наука;
классификация наук;
практическая наука;
медицина;
национальная медицинская наука;
здравоохранение;
врачебное образование;
инновационные исследования;
прикладные исследования;

фундаментальные исследования;
индивидуальная природа здоровья;
естественная детерминация мышления,
социальная детерминация мышления;
врачебное мышление;
индивидуация врачевания;
ожидаемая продолжительность жизни;
макроэкономические показатели.

**PRAGMATISM IN MEDICINE: A PHILOSOPHICAL BASIS OF NATIONAL
MEDICAL SCIENCES AND MEDICAL EDUCATION**

Atabek B. Kutlumuratov - Uzbekistan, Tashkent & Samarkand cities / Russian Federation,
Kaliningrad city; e-mail: atabekb@yahoo.com; phone: +998-94-6513710; +998-99-5573710;
+998-94-1121896

SUMMARY

This treatise is the fifth one in the series "About the Ontological and Epistemological Bases of Modern Medicine and Physiology". The publishing of this series was started in 2016 at the vixra.org. The treatise is devoted to some generalizations of the previous ones with a projection on the questions of the formation of national medical sciences and medical education and an understanding of a social institute of health care regulating the activities of physicians for the interests of the population's health of the country. The basis of medical knowledge is physician's thinking, whose specificity is directly related to the deep prehistory of a person and is based on the natural ability of a person to organize his thinking, focusing on sympathy for another person, psychophysical empathy to the current state of his health. The professional way of thinking of physician complements a person's natural thinking based on his natural ability to empathize with another person. The professional way of thinking of physician is aimed at individuating the knowledge and experience of doctoring in each clinical case. Physician's thinking is directed to individuation of doctoring in each clinical case as there is no universal doctoring which would correspond to all clinical cases and all patients even if it is a question of the same diagnosis. The common efficiency of the entire health care system results from individuations of doctoring of each patient. Therefore medicine as a science of healing is actually built on this feature of medical thinking. Care of public health as a system of organized medical practices serves as the "core of self-organization" of national medical sciences. Life expectancy (LE) is interpreted as a basic indicator of health reproduction in a given society. The stability of any society is determined by its ability to reproduce health by rational regulation of social practices (including doctoring practices) by economic investments. This means that the potential of health reproduction indirectly is expressed in macroeconomic indicators of society's reproduction such as the gross domestic output, and the gross national output (GDO and GNO) at the country level, and the gross regional output (GRO) - at the region level. The health potential at the national level is determined by the ability of social institutions adequately to direct economic potential of society towards reproducing the well-being of the nation which is expressed in social health. In particular, it follows that against the background of a generally favorable reproduction of the health of the nation, the correlation between the levels of regional LE and indicators GRO *should increase*. The evolutionary-ontogeny paradigm which was earlier offered by author is shortly discussed. In particular he shows the clinical thinking has an inclination to Lamarck's evolutionary epistemology.

Keywords:

science;
classification of sciences;
practical science;
medicine;
national medical science;
public health services;
medical education;
innovative researches;
applied researches;

basic researches;
individual nature of health;
natural determination of thinking,
social determination of thinking;
medical thinking;
individuation of doctoring;
life expectancy;
macroeconomic indicators.

ПРАГМАТИЗМ. ФИЛОСОФСКАЯ ОСНОВА НАЦИОНАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ НАУК И ВРАЧЕБНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Кутлумуратов Атабек Бекчанович - Республика Узбекистан, Ташкент & Самарканд / Российская Федерация, г. Калининград; e-mail: atabekb@yahoo.com; phone: +998-99-5573710; +998-94-6513710; +998-94-1121896.

PRAGMATISM IN MEDICINE: A PHILOSOPHICAL BASIS OF NATIONAL MEDICAL SCIENCES AND MEDICAL EDUCATION

Atabek B. Kutlumuratov - Uzbekistan, Tashkent & Samarkand cities / Russian Federation, Kaliningrad city; e-mail: atabekb@yahoo.com; phone: +998-94-6513710; +998-99-5573710; +998-94-1121896.

Вместо введения. Если обобщенно говорить о том, чем занимается наука, то, полагаю, мы вправе утверждать, что каждая наука познает и упорядочивает факты, придавая им форму универсальных знаний в пределах используемых представлений о познаваемом ею регионе. Поэтому каждой науке присуща специфика, во многом определяющая формулировку решаемых ею проблем. Но, несомненно, все науки объединяет одно обстоятельство. Любое познание, в конечном счете, связано с практической жизнью человека, с его представлениями о пользе, которую можно извлечь из познания. В этом суть прагматической природы истины, к чему сводятся на самом деле любые другие представления об истине, которые определяются дистанцией, лежащей между познанием представлением об объекте познания и той пользой, которую из него можно извлечь. Математические науки могут опираться на семантическую концепцию истины¹, поскольку это допускается условиями математического исследования. Практические же науки опираются на прагматическую идею истины, заложенную еще в классических работах Jams² и Piers³ и выражаемую в кратком тезисе: «практика - критерий истины». Если в этом тезисе ведущим термином, придающим ему смысл считать слово «практика», то становится аксиомой, поскольку все теперь зависит от того смысла, который мы вкладываем в понятие практика. Однако как бы высоко мы ни витали в поисках смыслов, реальные обстоятельства всегда могут вернуть нас на грешную землю. Тогда мы имеем возможность осознать всю силу этого тезиса. В жизни всегда приходится решать проблемы по соображениям их приоритетности в текущих обстоятельствах. Да и само общество устроено так, что оно не дает нам забывать об этом тезисе: общество стремится регулировать отношения в сфере науки и научной деятельности Законом, исходя из понимания текущих потребностей в удовлетворении запросов общества. Неудивительно, что воплощением прагматического подхода к научной истине является сам институт государства, стремящийся рационально (в пределах той рациональности, которую оно может себе позволить), в интересах населения страны регулировать отношения в сфере науки и научной деятельности. И не в последнюю очередь – в сфере медицинской науки и медицинского образования.

В медицинской науке издавна существуют различные школы, развивающие собственные подходы к постановке проблем здоровья и их решению. Вопрос о выборе приоритетов развития *национальной медицинской науки* и врачебного образования в каждой произвольно взятой стране решается, исходя из текущих социально-экономических обстоятельств. Данный вопрос становится весьма актуальным ныне, когда все больше политиков ставят перед национальным здравоохранением своей страны задачу выхода на уровень высших международных стандартов для максимального удовлетворения интересов *населения* страны в здоровье. Следует в этой связи напомнить, что Всемирная организация здравоохранения

¹ Tarski A., 1944.

² Джемс У., 2010.

³ Peirce C.S., 1965-1967.

(ВОЗ) еще в 1978 г. в Алма-Ате (Казахстан) провозгласила благородную цель: *здоровье, доступное для всех*.⁴ Спустя 40 лет, в 2018 г., эта декларация ВОЗ была вновь подтверждена в столице Казахстана, г. Астане.⁵ Для врачебного сообщества каждой страны это означает, что медицинская наука и образование должны ориентироваться на решение *практических* задач медицины с учетом специфики здоровья ее населения.

Данный трактат не является попыткой *всесторонне* раскрыть сложную тему, вынесенную в его заголовок. Я стремился к формулировке и обоснованию неких основных положений прагматизма в сфере национальной науки и здравоохранения, сосредоточив свое внимание на специфических характеристиках медицинской науки в целом. «Ядром» фундаментальной медицинской науки, если следовать традициям, идущим еще с античных времен по «оси» Гиппократ-Гален-Авиценна, следует считать сами практики врачевания, а не биомедицину, как иногда полагают. Деятельность этих практик регулирует национальное здравоохранение, опираясь с одной стороны на текущую политику в сфере здравоохранения, а с другой - учитывая, что каждый врач в своей деятельности руководствуется принципами клинической медицины.

I.

1. О прагматической сути клинического мышления

Прагматическая философия медицины, скорее всего, возникла независимо от древнегреческих софистов, которых философы считают первыми, кто заявил о том, что познание должно иметь целью не поиск истины, а извлечение из него пользы для человека. Достаточно ясно прагматизм сформулирован в самых древних трактатах, вошедших в «Корпус Гиппократа».⁶ Стоит также напомнить, что учителем Гиппократа был врач-софист (ятрософист) Геродик⁷, что отнюдь не случайно. Видимо, в античном мире профессиональным врачам пришлось всерьез конкурировать не только с жреческой медициной, но и с первыми натурфилософами, претендовавшими на универсальность своих знаний, и поэтому они еще на заре становления профессиональной медицины должны были ощутить потребность в отстаивании ее права быть самостоятельной наукой с собственной философией.

Эффективность прагматического подхода к познанию (каким бы юридическим лицом, с какими бы целями он ни регулировал познавательную активность людей и какие бы задачи перед собой ни ставил) определяется, в конечном счете, *естественной мотивацией* человека к познанию. К формам ее проявления относится способность человека сочувствовать другому человеку, она лежит в основе организации любого людского сообщества. Ею руководствуется каждый врач, берясь врачевать больного. Наука служит социальной надстройкой над этой естественной мотивацией, цель которой – направить познавательную активность членов общества на благополучие всего социального организма. Естественная же мотивация к познанию непосредственно увязывается с текущими социальными обстоятельствами, накладываемыми на образ жизни каждого человека и его специфику в обществе в целом. Наука в своем развитии также опирается на естественную мотивацию человека к познанию, ими он руководствуется как представитель любой социальной практики, и особенно зримо - в сфере здравоохранения, где каждый врач не может добиться наилучшей индивидуации врачевания каждого пациента, если не станет считаться с этой естественной мотивацией.

Способность человека сочувствовать другому человеку лежит в самой природе любого людского сообщества. Назвать же более естественную мотивацию познания, чем сочувствие состоянию здоровья пациента, которым руководствуется каждый врач, пожалуй, невозможно. Все, что нужно врачу – 1) профессиональная организованность этой

⁴ Астанинская декларация ВОЗ, 2018.

⁵ Там же.

⁶ См., например, трактаты «Об искусстве», «О древней медицине», «Клятва».

⁷ Карпов В.П., 1936.

способности и 2) уместное в каждом клиническом случае применение профессиональных знаний и навыков в ходе врачевания. Само врачебное мышление с древнейших времен ведет свои истоки от стремления человека так организовывать свое сопереживание тому, что *психически* и *физически* переживает другой человек, чтобы оказать ему наилучшую помощь. Если говорить о психофизическом дуализме, который с философских позиций анализировал Картезий⁸, то он относится к области философии, а не науки врачевания. Авиценна, для которого психофизическая природа реальности в целом и человека в частности представлялась очевидной, в самом начале своего великого «Канона» последовал примеру школы Гиппократов и отказался обсуждать подобные философские вопросы, решительно став на сторону прагматического отношения к научной истине. Любое иное отношение к истине он считал выходящими за пределы медицины, и поэтому он прямо отсылает читателя, интересующегося философскими суждениями об истине к логикам.⁹ Прагматическое его отношение к истине видно и из содержания трактата «О душе»¹⁰, где он уже в явной форме сформулировал представление об отношении психофизического единства природы души и природы тела.

Отступление 1. Для Авиценны человеческая природа есть метафизическое единство – единство телесного (физического) и психического состояний субстанции. Под «субстанцией» он – судя по его философским трудам и «Канону» – понимает непрерывную субстанцию бытия в смысле Парменида, отрицая существование пустоты, постулированное древнегреческими атомистами. Поскольку же душа – метафизически бытийная сущность, различающая эти (физические и психические) состояния, то мы можем различать психическое и физическое состояния: «душа не есть тело».¹¹ Душа, согласно Авиценне, метафизически проецируется, то есть не с физической, телесной стороны, а с противоположной стороны психофизически единой человеческой природы. О том, что Авиценна усматривал психофизическое единство природы человека как основу причинности всего, что может наблюдать врач, можно судить по следующему отрывку¹²:

«Сон и бодрствование, здоровье и болезнь — это состояния тела, и их начала исходят из него (из *тела человека - АБК*); они принадлежат сначала ему; однако они принадлежат ему потому, что у него есть душа (*то есть душа суть инстанция, переживающая состояния тела - АБК*). А что касается представления, вождления, гнева и тому подобного, то они принадлежат душе постольку, поскольку она обладает телом, а телу — постольку, поскольку они, прежде всего, принадлежат душе тела, хотя принадлежат душе посредством отношения к телу, что обладает телом (я не говорю по поручению тела). Таковы печаль, беспокойство, скорбь и тому подобное, ибо в них нет того, что проявляется в теле как таковом; однако это суть состояния чего-то присоединяющегося к телу, которое существует только во время присоединения к телу. Они принадлежат телу со стороны души, поскольку они сначала принадлежат душе, хотя они принадлежат душе со стороны того, что обладает телом (я не говорю со стороны тела). Что касается недуга, то он образуется от полученного удара и от разложения смеси (*под «смесью» Авиценна, очевидно, понимает физически обнаружимую структуру тела - АБК*), ибо то, что проявляется в недуге, существует в теле, поскольку разделение непрерывности и смеси зависит от состояний тела как такового, и существует в ощущении как таковом, однако, благодаря телу. По-видимому, голод и вождление относятся к этой категории. А страх, гнев, печаль — это претерпевания, проявляющиеся сперва у души».

Представляется, что эта и другие выдержки из этого сочинения характеризуют Авиценну как врача и философа с прагматическим складом мышления, ясно отдававшего себе отчет в том, что природа человека психофизически *недуальна*. В этом труде он четко обозначил единственно верное решение психофизической проблемы (в рамках прагматической философии), которая даже спустя 6 веков, минувших после смерти великого врачевателя из Бухары, представлялась Декарту неразрешимой в обозримой перспективе. Впрочем, в психофизиологическую природу здоровья и болезней никто из профессиональных врачей не смог вникнуть так глубоко с тех пор, как это сделал Авиценна.

⁸ Descartes Rene, 1985.

⁹ Ибн-Сино (1981). Канон..., Кн.1, Ч.1, Отдел 1, §1.

¹⁰ Ибн Сина (1980). Книга о душе.

¹¹ Там же, Рассуждение первое. Гл.3.

¹² Там же. Рассуждение четвертое. Гл.4.

Вернемся к теме мышления.

Следует различать *естественную детерминацию природы человека и ее социальную (культурную) детерминацию*. Естественная детерминация модифицируется спецификой культуры, формирующейся в тесной связи с потребностями выживания общества. Частью культуры является каждая социальная практика (в том числе – врачевание), и любая из них как бы «вплетена» в образ жизни социума. *Врачебное мышление* позволяет врачу вовлекаться в отношения психофизического единения природы пациента с окрестным (природным и социальным) миром. Врачебное мышление заключается в том, чтобы, сочувствуя естественно текущему психофизически организованному восприятию пациентом состояния своего здоровья, врач профессионально оценил его текущее состояние, оформил свой предварительный диагноз, затем подтвердил и уточнил его в ходе врачевания и окончательно оформил по его завершению. То, что исследует клиническая медицина как наука, суть научное обобщение потока информации, конституируемой при участии каждого врача путем документирования хода врачевания каждого клинического случая в качестве очередного опыта врачебной науки. Опыт же регулирования самих практик врачевания институтом здравоохранения в интересах всего обслуживаемого населения документируется в виде организационных мероприятий по охране здоровья на уровне популяции. То есть система здравоохранения в интересах обеспечения здоровья обслуживаемой популяции в целом упорядочивает врачевание, осуществляемое в интересах здоровья каждого пациента. Таким образом, если врач непосредственно имеет дело с индивидуальной природой каждого пациента, то система здравоохранения на разных уровнях организации стремится к тому, чтобы регулировать деятельность врачей для обеспечения максимального эффекта на уровне обслуживаемой ими популяции. Максимальное обеспечение здоровья обслуживаемого населения при поддержании стремления каждого врача к индивидуации врачевания каждого пациента – основная цель любой системы здравоохранения.

Далее я сосредоточусь на попытке показать, что система здравоохранения фактически играет роль «ядра» *самоорганизации любой национальной медицинской науки и врачебного образования*. Представляется, что это положение можно извлечь из трудов все того же, жившего еще около 1000 лет назад, нашего соотечественника Авиценны, назвавшего медицину *практической наукой – наукой врачевания*, и считавшего науками и теоретическую медицину, и медицину практическую.¹³ Анализируя эту его мысль, важно учесть, что он представлял практические науки, не имея в виду позитивистский эмпиризм, добывающий знания путем специальных опытов и наблюдений. Для него в качестве исходного материала для медицинского познания была сама врачебная практика как таковая, где непосредственно врач реализовывал теоретические знания. Технологических стандартов в современном смысле слова тогда еще не было. Но под «теорией» Авиценна подразумевал не только сугубо умозрительное знание (например, философию, логику или математические науки), но и обобщение эмпирически установленных фактов на основе их анализа и синтеза, осмысленно используя вполне определенные натурфилософские идеи, которые и были такими обобщениями. В таких обобщениях присутствовали «начала» - материальные, (например, стихии *земли, воздуха, воды и огня* у Эмпедокла¹⁴), и деятельные (например, «*противоположности*» у Алкмеона и Любовь и Распря – у Эмпедокла¹⁵). Алкмеон¹⁶, в отличие от пифагорейцев, не стремился установить конкретную численность таких начал, указав лишь на то, что природа всякой вещи заключена в *равновесии противоположных* начал. Идеи обоих натурфилософов нашли выражение в модификации Гиппократом гуморальной теории природы живого тела^{17,18}, согласно которой влага является

¹³ Ибн-Сино. Канон..., Кн.1. Ч.1, Отдел 1, §§1-2.

¹⁴ См. Лебедев А.В., 1989, С.330-414.

¹⁵ См. Лебедев А.В., 1989, С.330-414.

¹⁶ См. Лебедев А.В., 1989, С.267-273.

¹⁷ Гиппократ. О природе человека, 1936.

¹⁸ Карпов В.П., 1936.

объединяющим началом в природе человека, питающим ее: «Она растит и укрепляет, и наращивает плоть, и уподобляет, и расподобляет то, что имеется в каждой части [тела] согласно природе каждой части и своей изначальной силе»; «Влага — перевозчик пищи».¹⁹ Этой теории придерживался и Авиценна²⁰, отвергая при этом (что едва ли не случайно) учение древних атомистов, поскольку он не допускал существования пустоты как возможность для существования движения атомов, и утверждал, что в пустоте не могло бы быть движения.²¹ Но особенно важно учесть, что Авиценна отнесся к идеям Эмпедокла более бережно, чем все его великие предшественники - врачеватели и философы. В частности, он отметил, что, согласно Эмпедоклу, душа состоит из четырех элементов (огня, воздуха, воды и земли) и из Любви и Распри, отмечая при этом, что «душа не воспринимает в себя ничего сходного».²² О методологическом значении эта мысль Эмпедокла, на которую обратил особое внимание Авиценна, важна уже потому, что в 20- веке ее почти дословно повторили представители феноменологической философии. «Интенциональность» - одна из базисных идей этой философии, согласно Сартру, означает для Гуссерля, что сознание может существовать только как сознание *о чем-либо*, каким-то образом *отличающемся* от самого сознания.²³ Авиценна различал три уровня развития души – растительный, животный и человеческий, каждому из которых он дает четкую характеристику.²⁴ Не буду здесь разбирать в подробностях его учение о душе, но отмечу, что современная медицина все еще не сделала серьезных попыток осмыслить методологический потенциал его «Книги о душе», который мог бы быть задействованным современной клинической психиатрией. Отношение же современных психологов и психиатров (особенно - европейских) к его учению как имеющему для медицины лишь историческое значение, представляются если и не неуместным в науке ребячеством, то, по меньшей мере, инертностью научного мышления. Я бы не удивился тому, что этот разговор пришлось бы начать с анализа психологических причин почти традиционного в 19-20 вв. высокомерия новоевропейских интеллектуалов к наследию, оставленному миру философской наукой Мусульманского Ренессанса, чье негативное последствие для современной мировой науке еще предстоит преодолеть.

2. Медицина как социальная практика

Знахарские практики ведут свои корни с доисторических времен, медицина же как область знания долгое время считалась сферой интересов, главным образом, жреческих практик.^{25,26} В Древней Греции, где профессиональное врачевание отделилось от «храмовой медицины», оформились всемирно известные врачебные школы. Современная медицина представляет собой *систему научных знаний и практик*, чьей целью является сохранение и укрепление здоровья и трудоспособности здоровых людей, предупреждение заболеваний, их диагностика, лечение, облегчение физических и психических страданий больных и продление человеческой жизни.

Согласно Ибн-Сине²⁷, клиническая медицина – *практическая наука*, наука врачевания, чья суть заключается в том, чтобы врач в каждом клиническом случае *применял уместно теоретические и эмпирические знания*, накопленные медициной. Идеи Гиппократ и Галена о медицине как искусстве и науке²⁸ в его трактатах и знаменитом «Каноне» получили новое развитие. Авиценна опирался на их идеи, выделив в медицине теоретическую и практическую части, каждую из которых назвал наукой. С его идеями перекликаются

¹⁹ Там же, трактат «О пище»

²⁰ Ибн Сина. Канон ..., 1981.

²¹ Ибн Сина. Даниш-намэ. 1957 (см., например, С.146—150 и С.238—240).

²² Ибн Сина (1980). Книга о душе. Рассуждение первое. Гл.2 (С.395).

²³ Sartre J.-P., 1947.

²⁴ Ибн Сина (1980). Книга о душе. Рассуждение первое. Гл.5.

²⁵ Леви-Строс К, 1994.

²⁶ Кликс Ф., 1983.

²⁷ Ибн Сина. Канон ..., кн.1, гл.1, раздел 1, §§1,2. (С.5-8).

²⁸ Гиппократ, Соч., т.1, 1936, с.111; Балалыкин Д.А. с соавт., 2014.

современные представления о медицине, которую была охарактеризована Montgomery²⁹ как нечто большее, чем наука, ибо она не сводится только к формулировке законов и теорий, поскольку хорошему врачу кроме научных знаний нужен опыт, воображение, критическое мышление, умение проводить клиническое исследование и интуиция. Еще авторы «Корпуса Гиппократов» утверждали³⁰, что у медицинского искусства есть *своя философия* и что она развивается *эмпирическим* путем, продолжая стихийное стремление природы к оздоровлению при недугах и травмах³¹ и что «все искусства имеют что-то общее с человеческой природой».³² Современные антропология и палеонтология располагают исчерпывающими доказательствами того, что практика медицинской помощи еще в древние времена оформилась в рамках коллективной жизни человека как особый вид практики взаимопомощи – поддержка ослабевших от болезней и ранений членов общины, стариков и инвалидов.^{33,34,35,36}

Между тем современную медицину даже крупные патологи разделяют на теоретический и практический разделы – биомедицину и клиническую медицину, считают медицину практическим приложением биологии или даже потребителем биомедицинских знаний.^{37,38} При таком понимании медицина оказывается лишенной права оставаться самостоятельной наукой, следовать собственной онтологии и эпистемологии, изучать специфический регион реальности - индивидуальную природу каждого пациента - в интересах здоровья каждого пациента в каждом клиническом случае.³⁹ Более того, скорее, именно медицина, будучи самостоятельной наукой, и решая своими методами фундаментальные и прикладные задачи исследования человеческой природы, во многом и открывает поле для развития биологии, физики и прочих наук, применяя знания, добываемые ими, в интересах здоровья каждого человека, следовательно – всех людей.

3. Об основной классификации медицинской науки

Суть всякого научного познания заключается в упорядочении и систематизации объективных знаний о действительности, слагаемых из природных фактов и фактов из разных сфер жизни человека. На основе сбора фактов, их регулярного обновления, систематизации, их критического анализа выдвигаются гипотезы, которые в ходе фальсификации специально научным опытом - либо опровергаются, либо подтверждаются.⁴⁰ В случае их регулярного подтверждения гипотезы становятся законами.⁴¹ Мы не допустим серьезной ошибки, заявив, что *наука сводится к классификации свойств и отношений познаваемых объектов*, к уточнению онтологий, послуживших постановке проблемы: в результате познания онтология познаваемого объекта как класса объектов уточняется, модифицируется, возникает новое представление об объекте науки. Поэтому неудивительно, что развитие науки сопровождается и уточнением классификации наук. По мнению Б.М. Кедрова⁴² «особенностью единой науки будущего явится то, что это будет не сплошное, не дифференцированное, не расчлененное знание, а интегральное и всеохватывающее знание,

²⁹ Montgomery, 2006

³⁰ Гиппократ, Изб. кн, т.1, 1936. См., трактаты «Об искусстве», «О древней медицине», «О природе человека»

³¹ Гиппократ. Кн.1., трактат «О диете» XV (1).

³² Там же, XXIV (1).

³³ Леви-Строс К.1994.

³⁴ Кликс Ф.,1983.

³⁵ Кропоткин П.А.; 2011

³⁶ Medicus G., 2017.

³⁷ Дильман В.М., 1987.

³⁸ Rose N., 2007.

³⁹ Бекчан А. (Кутлумуратов А.Б.), 1997, Кутлумуратов А.В., 2016.

⁴⁰ Поппер К.,1983.

⁴¹ Уайтхед А. Н.,1990.

⁴² Кедров Б. М., 1985.

сохраняющее внутри себя внутреннее подразделение на более или менее узкие специальности». Однако в наши дни наука все еще не едина. Ныне предложена не одна классификация наук, но в целом властвует традиционная их классификация, установившаяся к концу 19 века, когда окончательно оформилось разделение наук *естественных* (науки о природе) и наук *гуманитарных* (науки о человеке и человеческом обществе), хотя и она неоднократно подвергалась разным модификациям. В первой половине 20-го века в рамках биологии и медицины возникли дисциплины, изучающие живое тело (морфология и физиология), и науки о душе (психиатрия, психология, этология). Сохраняется и традиция классификации, связанная со становлением науки в качестве специфической социальной практики, цель которой – развитие знаний о мире и человеке.

Возникновение научных (сугубо познавательных) практик связано с развитием ремесел (т.е. профессий, или искусств) и постепенным осознанием того, что оно требует *специальных знаний*, которые нельзя добыть в рамках самих ремесленных практик. Так возникло представление об *эмпирических* (опытных) науках, которые стали отделять от самих ремесел, причисленных к «чистой практике». В частности, возникла тенденция к отделению практической (клинической) медицины от медицины научной, которая представлялась как «чисто знание», то есть теория, что было знакомо и Авиценне. В современном варианте эта тенденция выражается в различении *биомедицины* (представляемой как синоним *научной медицины*), и медицинской практики, где применяются наработки биомедицины, биологии и прочих наук. Это значит, что незаметно было забыто данное Авиценной определение медицины как науки, включающей часть теоретическую (представление о здоровье и болезнях) и часть практическую (об уместном применении этих знаний). О том, что обе они суть науки.

Мы часто забываем, что сама текущая, стихийно складывающаяся жизнь сложным, но *естественным* (без нашего, человеческого участия) образом организована. Всесторонне осмыслить ее сложную природу можно лишь наблюдая и изучая каждый предмет в самой текущей жизни. Вообще, *конечной целью* «опытных (эмпирических) наук» является познание самой стихийно складывающаяся жизнь человека и окружающей его природы – практическая его жизнь. Специальные наблюдения и эксперименты позволяют получать ответы на вопросы, имеющие принципиальный характер, поставить предел человеческим сомнениям или его самоуверенности, уточнить ориентиры. Полноценное же знание реальных вещей дает только исследование самой стихии текущей практической жизни с учетом, разумеется, результатов специальных исследований. Это понятно, ведь поначалу опытные знания черпались из самой действительности, в которой живет человек. Всякий живой индивид избирательно ориентируется в фактах текущей жизни, в том или ином отношении *непосредственно* воспринимая их. С некоторыми из них он регулярно сталкивается вновь и вновь, и тогда они могут быть выделены в качестве опор осмысления других, малозаметных или даже скрытых, регулярностей, в свою очередь, группируемые в новые сложные факты. Именно так рождались в древности ремесла, в ходе совершенствования которые началось развитие различных практических знаний - искусств. К их числу относится и медицина - искусство врачевания.

Следует заметить, что ещё в античные мыслители стремились отличать науку от практического знания, представляя первую как *теоретическое знание*, основанное на рассуждении, каковой, например, считалась натурфилософия, второе - как знание *практическое*, названное Парменидом «мнением», следовательно, неточным знанием. В ходе развития практического знания, в эпоху Мусульманского Ренессанса стали возникать *эмпирические науки*, цель которых – теоретическое обобщение опытных фактов, на основе чего можно выдвигать новые суждения – гипотезы. Утверждая свое «гипотез не измышляю», Ньютонов имел в виду, что он стремится искать факты, недостающие в единой картине мироздания, смоделированной им же в «Математических началах натуральной философии», следуя тем самым идеям, которые развивали Хорезми и Бируни, а до них – древнегреческие мыслители.

В Новое и Новейшее времена бурное развитие эмпирических наук укрепило привычку отделять специальное научное познание от «чистой практики». То есть сама *практическое познания* как наука о *применении* накопленных знаний незаметно перестала восприниматься как составная часть науки, что не вызывает особых затруднений, пока речь не идет о медицине. Мысль Авиценны о том, что медицина как наука включает теоретическую часть и часть практическую (о применении теоретических знаний), *каждая из которых суть наука*, приобретает огромное значение для философии науки в наши дни. Если вчитаться к тексты §1 и §2 его великого «Канона», то становится понятным, что под теорией медицины он фактически понимает натурфилософские обобщения эмпирического опыта, накопленного медициной, а под практической медициной - само врачевание каждого конкретного пациента, в ходе которого врач решает вопрос о уместном применении теоретически осмысленного опыта медицины. Несложно понять, что речь у него идет о том, что в ходе врачевания каждого пациента врач исследует его индивидуальную природу. Для Авиценны, воспитанного на трудах Гиппократ, Галена, Цельса, Разеса (Абу Бакра ар Рази) это могло означать, что, исследуя индивидуальную природу каждого пациента, врач руководствуется соображениями выгод для пациента, то есть - интересами последнего в сохранении своего здоровья, если тот здоров, и возвращении здоровья, если тот болен. Таков смысл древнего (возможно, даже древнейшего) принципа «не навреди», главного для всякого врачевателя.

4. Понятие об индивидуации врачевания

Как бы успешно ни развивались *эмпирические и теоретические науки*, они не охватывают всего спектра познавательной деятельности человека. Они лишь *избирательно* связаны с практической жизнью общества, будучи сосредоточенными на решении определенных проблем, с которыми общество в текущих исторических обстоятельствах связывает свои перспективы. Деятельность же социальных практик реализуется на основе практического познания, сосредоточенного на уместности применения знаний, накопленных теоретическими и эмпирическими науками, в отношении конкретного, единичного объекта познания. Практические науки непосредственно вовлечены в текущую жизнь людей, непосредственно в текущие отношения их с окружающим социальным миром и природной средой, чутко реагируют на текущие обстоятельства. Эффективность практического знания определяется возможностью на его основе контролировать текущие обстоятельства, ориентируясь, в частности, на этические нормы, принятые в социуме и играющие роль оснований практического мышления и направляющие ход принятия конкретных решений и реализации их в текущих обстоятельствах.

Практические знания направлены на управление единичными объектами, их единичным существованием как уникальной (единичной) системы, реализуемым на основе уместного применения эмпирических и теоретических знаний о природных объектах как определенных классов. Уникальны, например, природные экосистемы, являющиеся частями уникальной же биосферы Земли. Уникальна и природа всякого социума, состоящего из людей, также уникальных по своей индивидуальной природе. Уникальна поддерживающая их существование система социальных отношений. Уникален сам ход воспроизводства всякого данного социума. Следовательно, уникальным образом воспроизводится сама природа устойчивости любой системы.

Здоровье – проявление устойчивости природы (жизнеспособности) живого индивида. Здоровье многомерное явление, зависит от потенциально неограниченного числа внешних и внутренних причин. Медицина же может указать лишь на наиболее существенные причинные факты. При этом врач стремится урегулировать здоровье пациента как единичного объекта клинической медицины, имеющего в целом уникальную природу. Любая же система здравоохранения управляет здоровьем одной определенной популяции как единичного сложного объекта познания. Результат управления здоровьем человеческой популяции складывается из работы каждого врача с каждым пациентом. Каждый сектор, каждая служба здравоохранения управляют определенными аспектами здоровья одной и той

же популяции. Из их вкладов складывается интегральный результат управления здоровьем населения любого региона, обслуживаемого региональным здравоохранением.

Врачебное мышление направлено на индивидуацию врачевания в каждом клиническом случае. Наука же сосредоточена на классификации объектов. Из индивидуаций врачевания каждого больного складывается интегральная эффективность всей системы здравоохранения, стремящейся в интересах эффективности медицинского обслуживания населения совместить индивидуацию врачевания с медицинским научным знанием как классификацией. Медицина как наука врачевания строится на принципе индивидуации врачевания в интересах здоровья каждого пациента. Выясняется, что здравоохранение, организующее врачебные практики в интересах всего обслуживаемого ими населения, служит неким «ядром самоорганизации» национальных медицинских наук.

Каждая наука управляет определенным аспектом целостной жизни общества и вносит определенный вклад в ожидаемую продолжительность жизни (ОПЖ) - интегральную характеристику здоровья общества, вовлекаясь *прямо* или *косвенно* в детерминацию этого показателя. Медицина реализует свой научный потенциал через систему здравоохранения - социальный институт, регулирующий деятельность медицинских практик, организуя ее в интересах здоровья населения (нации) страны в целом и отдельных ее регионов. ОПЖ - показатель воспроизводства здоровья (жизнеспособности) общества. Потенциал же здоровья общества можно определить как возможность продления жизни и улучшения ее качества с применением в социально-экономической и медицинской сфере знаний и технологий, которыми потенциально располагает наука. При таком понимании природы социального здоровья, устойчивость всякого общества может быть охарактеризована как его способность воспроизводить здоровье населения на национальном уровне путем адекватного направления деятельности социальных практик (в том числе - врачебных) путем экономических вложений в развитие и усвоение новых технологий.

Сказанное означает, в частности, что потенциал воспроизводства здоровья косвенно может быть выражен макроэкономическими показателями воспроизводства общества - показателями валового внутреннего продукта и валового национального продукта (ВВП и ВНП) на уровне страны и валового регионального продукта (ВРП) - на уровне ее регионов. Потенциал здоровья общества на национальном уровне определяется способностью социальных институтов к адекватной реализации его экономического потенциала в ходе воспроизводства его здоровья. Отсюда, в частности, следует, что при благоприятном воспроизводстве здоровья населения страны линейная корреляция между ОПЖ и ВРП будет возрастать. Видимо, такой вывод действительно оправдан, поскольку, например, на модели Казахстана удалось показать, что такая корреляция действительно возрастает по мере роста ВРП в регионах этой страны.⁴³

Как было отмечено выше, каждая наука потенциально вовлечена в управление тем или иным аспектом целостной жизни общества, то она *прямо* или *косвенно* вносит свой вклад в показатель ОПЖ, интегрально характеризующий здоровье населения. В этом смысле современная наука как социальная практика познания, обслуживая интересы общества, неявно проецирует на себя и культурные его черты, представляя собой институт познания, стремящийся уместно ходу развития данного общества применить эмпирические и теоретические знания, располагаемые мировой наукой, и оставаясь частью мировой науки. Опыт развития всякой национальной медицинской науки выражается в достижениях системы здравоохранения страны. Но медицинский научный процесс во всяком обществе остается неотъемлемым элементом мирового научного процесса, несущим ответственность за здоровье людей страны, которую национальная наука представляет.

При этом эффективность национальной системы здравоохранения и медицины как практической науки определяется способностью каждого врача применять врачебные знания уместно в каждом клиническом случае. Каждый врач добивается лучшего результата своей

⁴³ Платкова Е., Бекчан А. (Кутлумуратов А.Б.), 2007.

практики лишь тогда, когда он руководствуется интересами здоровья каждого пациента и подвергает *индивидуации* доступные ему медицинские знания, опираясь на опыт и знания коллег по цеху, собственный врачебный опыт и профессиональную интуицию. В силу этого сколь бы ни возобновлялись споры между давно ставшими традиционными течениями клинической медицины - эмпиризмом и догматизмом (рационализмом),⁴⁴, они не могут разрешиться в рамках самих дебатов. Вопрос об уместности применения медицинских знаний (то есть теорий) в каждом клиническом случае решает только врач, и решает в ходе врачевания каждого пациента. Наука может только помочь врачу более или менее успешно разобраться в каждом клиническом случае с вопросом об уместности того или иного врачебного действия именно в данном случае. Это, скорее, вопрос о применимости им определенных знаний (следовательно, теорий) и навыков в конкретном клиническом случае, а не вопрос о том, кто прав, эмпирист или рационалист. Рационализм в том и заключается, чтобы *обладать достаточными знаниями*, чтобы уместно применить их в конкретном случае, превращая то или иное знание в рациональный опыт врачевания. Врачебный же эмпиризм в том и заключается, чтобы *использовать знания*, уместные в каждом данном клиническом случае.

5. Об уникальной природе здоровья на уровне индивида и популяции

В ходе индивидуации врачевания в каждом клиническом случае врач явно или неявно пользуется концептом индивидуальной природы пациента. Давно известно, что здоровье индивида, следовательно, и популяции, определяется специфическим набором и взаимодействием огромного числа разнообразных эндогенных (генетических, эпигенетических) и экзогенных (экологических), физических и психоэмоциональных факторов. В каждой стране действует специфически распределенное многообразие внешних и внутренних причин здоровой и болезненной адаптации жителей к средовым природным и социальным факторам. Поэтому очень важно, чтобы национальная медицинская наука и здравоохранение в каждой стране ориентировалась на отлаженную систему статистики, отвечающую международным стандартам, максимально точно ведущим демографический мониторинг, без чего адекватный контроль развития здравоохранения, способного отслеживать эффективность принимаемых им мер по удовлетворению потребностей в развитии медицинских практик, невозможно начать. При этом *de facto* каждое национальное здравоохранение и каждая национальная медицинская наука могут опираться только на Закон регулирующий взаимоотношения между пользователями и поставщиками информации. Лишь наличие данных по статистике обслуживаемого населения возникает возможность установить эффективную «обратную связи» между реальным здоровьем населения и деятельностью практик врачевания. В этом лишь случае создается возможность для создания новой статистической информации - о состоянии здоровья, дополняющей исходные данные статистики населения. Тем самым система здравоохранения оказывается вовлеченной в производство новой статистической информации, позволяющей принимать адекватные (прогнозные) управленческие решения на уровне врачебных практик. В частности, могут быть установлены прогнозные планы по развитию не только медицинских практик и подготовки медицинских кадров в масштабе страны, но и целенаправленно развивать здоровье населения страны в целом, выйдя тем самым на фундаментальные медицинские и биомедицинские исследования.

Заемствуемые технологические стандарты оказания врачебной помощи, разработанные за рубежом и прошедшие пилотные испытания на зарубежных популяциях (то есть конкретные технологии, основанные на эмпирическом и теоретическом знании, добытом зарубежными коллегами) должны быть подвергнуты *инновационным исследованиям*, уточнению в условиях страны импортера медицинских технологий. После инновационных исследований каждый врач, осваивая новые технологические стандарты, в рамках

⁴⁴ Shryock R.H., 1969. P.99-150.

собственной практики дополнительно отслеживает их эффективность, обогащая опыт их применения в масштабе социума, который он обслуживает. Совокупный опыт врачебных практик, воспринявших новые технологии, расширяет опыт их применения до уровня всей страны. Сам процесс усвоения новых стандартов в масштабе страны - важнейший объект науки о здравоохранении, цель которой – обобщение уместности применения технологий врачебными практиками. Иными словами, здравоохранение как практическая наука организует процесс индивидуации каждым врачом медицинских знаний, которым располагает мировое врачебное сообщество.

Организационная деятельность в сфере здравоохранения предполагает, прежде всего, оптимальное (в интересах каждого больного из обслуживаемой популяции) регулирование взаимодействия между собой медицинских практик с целью достижения определенных (прогнозных) результатов под контролем специальных критериев эффективности применяемых специальных технологий. Наиболее строгими критериями эффективности применения технологических стандартов являются не сами по себе показатели уровня здоровья популяций (заболеваемость, болезненности и смертность), а вклад в них разных секторов здравоохранения. Интегральным же показателем здоровья является ОПЖ населения обслуживаемого региона. При этом следует различать *косвенный* вклад в ОПЖ экономического и социального фона с одной стороны, и *прямой* вклад в нее деятельности отдельных медицинских практик – с другой. Прямой их вклад должен оцениваться непосредственно в рамках налаживания практик контроля вмешательств, осуществляемых медицинскими учреждениями, например, специализированными учреждениями регионального уровня.

Из вышесказанного явствует, что элементами, участвующими в самоорганизации национальной медицинской науки и здравоохранения каждой страны выступают только сами реально функционирующие в стране практики врачевания, то есть каждый врач, вовлеченный в оказание медицинских услуг населению. Управление медицинскими практиками через систему «обратных связей» на популяционном уровне является тем базисом, на котором только может быть обеспечена конкурентоспособность национальной медицинской науки и здравоохранения. В конечном счете, эти обратные связи реализуются в полной мере лишь в случае, если управление врачебными практиками предполагает отслеживание результатов деятельности всех врачей, вовлеченных в применение новых технологических стандартов.

Клиническая медицина – сердце национальной медицинской науки и практики здравоохранения. При этом, во-первых, любой новый клинический стандарт находит путь в практику через *инновационные* исследования на популяционном уровне (на примере пилотных исследований), и лишь затем идет в широкую практику и осваивается врачами соответствующих специальностей. Применяя их, они расширяют до популяционных уровней в масштабе всей страны эффекты от их применения, которые становятся основанием для формулировки задач прикладных исследований. Во-вторых, ни одну *прикладную* научную разработку в сфере клинической медицины нельзя считать логически полной, если ее эффективность не отслежена на популяционном уровне. Следовательно, данные инновационных исследований на популяционном уровне и нюансы прикладных разработок становятся основой для формулировки новых проблем прикладного значения. В-третьих, любая *фундаментальная* научная разработка в медицине переходит на этап прикладных исследований лишь тогда, когда этот переход концептуально увязан с принципами врачебного мышления (не только биологического и биомедицинского) и спецификой здоровья обслуживаемой популяции. Следовательно, не всякая прикладная и фундаментальная научная проблема может стать приоритетным объектом интересов национальной медицинской науки и здравоохранения. Методологически проработанная организация практик инновационных исследований обеспечит выход на приоритетные для национальной науки прикладные и фундаментальные разработки. Решая же прикладные задачи, национальная медицинская наука неизбежно выйдет на фундаментальные проблемы.

Раздел II.

6. О конкурентоспособном врачебном образовании

В последние три десятка лет во многих странах СНГ, в частности, в Узбекистане, сложилась практика, предусматривающая четыре этапа высшего медицинского образования – первые два этапа включают 1) *бакалавриат* и 2) *магистратуру* (клиническую ординатуру) и следующие два этапа - 3) *подготовку докторов философии в медицине* и 4) *докторов медицинских наук*. Предполагается, что эта практика выражает представление об уровне профессионализма современного врача и на ее основе можно повысить конкурентоспособность системы здравоохранения, критерием чего является способность врачебных практик качественно обслуживать пациентов их привлекательность для инвестиций и зарубежных потребителей здравоохранения.

Разумеется, прямой зависимости между уровнем квалификации врачей со структурой медицинского образования нет. Зато важно иметь продуманные программы обучения для каждого этапа образования как неотъемлемой составляющей общей программы развития медицины в стране, цель которой – построение эффективной и хорошо управляемой системы здравоохранения, соответствующей запросам населения. Профессиональные способности врачей - предметом интереса педагогов медицинских вузов, обеспечивающих соответствие выпускников (бакалавров и магистров), способным отвечать стандартам, предъявляемым врачам. Подготовка докторов философии в медицине и докторов медицины определяется политикой в науке. На наш взгляд, главный акцент необходимо сделать на том, чтобы каждый выпускник медицинского вуза был готов к тому, чтобы далее, уже в рамках собственной практики, совершенствовал профессиональные знания и навыки, развивая *врачебное мышление*. У него должно быть ясное представление о том, что врачебное мышление предполагает умение быстро и адекватно ориентироваться в эмпирических и теоретических знаниях, чтобы эффективно добиваться *индивидуации врачевания* в интересах каждого пациента. Готовность каждого будущего врача развивать это умение необходимо заложить за годы учебы в медицинском вузе. В сознании будущих врачей должно прочно занять место ясное понимание того, что медицина суть практическая наука, включающая и биомедицинские дисциплины, и практическое искусство, направленное на достижение индивидуации врачевания в каждом клиническом случае. Следовательно, в качестве «ядра» пропедевтики медицины и каждого ее раздела должен служить *концепт уникальной природы каждого пациента*. В правильном разъяснении сути этого концепта и должна состоять содержание преподавания медицинских дисциплин, прежде всего - клинических.

Хотя на каждом шагу студентам и напоминают о необходимости учитывать уникальную природу каждого пациента, однако их обучают так, словно здоровье пациента представляет собой некий усредненный стандартный набор «здоровых параметров» психического самочувствия человека, показателей его физиологии и анатомии его организма. Студентов фактически приучают к мысли, что, приняв во внимание пол, возраст, место жительства, профессию пациента, анамнез, жалобы, результаты клинического осмотра, лабораторного и инструментального исследований и т.п. параметры, то есть, получив некий *стандартный* набор показателей текущего состояния пациента, врач устанавливает принадлежность его индивидуальной природы к некоторому известному «классу». А тем самым реализует так называемый «индивидуальный подход» к пациенту. Само понятие «стандартный набор показателей» характеризует некоторый *класс* пациентов, выделенный статистическим анализом результатов эмпирического исследования некоторого множества объектов, из которого выделен данный класс. Но это знание не является результатом индивидуации состояния отдельного пациента. Между тем лишь в ходе индивидуации врачевания каждого пациента врач может *уместно* подобрать и применить технологические стандарты, контролируя при этом ход своего клинического мышления и весь комплекс процедур, используемых им в каждом клиническом случае.

Индивидуальная природа суть природа любого реального единичного объекта познания, и она имеет потенциально бесконечное число характеристик, тогда как класс

характеризуется иногда пусть довольно большим, все же ограниченным, набором стандартных признаков, называемых «существенными». Класс - чистая абстракция. Абстрактное беднее по содержанию, чем конкретное, скажет любой философ. Но и каждый достаточно *опытный* врач хорошо *чувствует*, что под «индивидуальным подходом» понимается нечто большее, чем простое снятие некоего стандартного набора клинических показателей состояния пациента. Сказать определенно, в чем именно заключается это «нечто большее», врачи обычно затрудняются, поскольку получили представление об этом «большем» в стихии самой врачебной практики, а не в медицинском вузе, не на курсах последиplomного образования и не из научных публикаций, ограничивающихся биомедицинскими абстракциями. Это означает, что сама медицинская пропедевтика ныне находится в неудовлетворительном состоянии. В ней недостает самого важного, недостает именно представления о том, чем является пресловутая «индивидуальная природа пациента». Пропедевтика, преподаваемая в медицинском вузе, не дает полноценного представления о понятии индивидуальной природы здоровья человека, ограничиваясь описанием неких множеств физиологических, анатомических и психических параметров, якобы характеризующих индивидуальное здоровье пациента как принадлежащее к определенному классу состояний здоровья. Индивидуальная природа здоровья каждого пациента не может быть уподоблена некоторому классу состояний здоровья. Здоровье каждого пациента, даже при всей близости и при всем сходстве физиологических и патофизиологических и анатомических параметров, можно уподобить только текущей природе самого пациента.

Достижение и поддержание качества медицинского обслуживания населения на высоком уровне возможно лишь при условии развития медицинской науки и системы образования врачей как единой системы обеспечения уровня здоровья населения. Уровень национальной медицинской науки определяется качеством медицинского обслуживания населения. То есть эффективность медицинской науки в каждой стране определяется не столько масштабами фундаментальных биомедицинских разработок, сколько организацией медицинского обслуживания населения с учетом специфики воспроизводства его здоровья. Результаты фундаментальных разработок должны оцениваться по тому, как они позволяют ставить вопросы об улучшении качества врачевания на местах (хотя они и не могут отвечать за само качество практик здравоохранения). Здоровье же не зависит только от медицинского обеспечения, хотя именно здравоохранение несет основную ответственность за здоровье населения. Здоровье зависит от способности социальных институтов влиять на местах на следующие основные четыре группы факторов:

- 1) социально-экономические нормы жизни обслуживаемого населения,
- 2) материально-техническое и кадровое обеспечение практик,
- 3) качество подготовки кадров для действующих и развиваемых практик,
- 4) организационная гибкость системы управления практиками.

Каждый из этих групп факторов прямо или косвенно учитывается при проведении научных исследований. Ответ на вопрос же о том, как влияют на здоровье населения эти четыре группы факторов, определяется эффективностью самой системы здравоохранения, решений, принимаемых ею, их влиянием на эффективность врачебного обслуживания населения и косвенно - макроэкономическими показателями и ОПЖ. Интегральное здоровье обслуживаемого населения суммируется от того, насколько адекватно каждый врач применяет знания и стандарты при работе с каждым пациентом и в интересах здоровья каждого пациента. Медицинская наука и здравоохранение (как ее отрасль) регулируют эффективность работы врачей, ее положительное влияние на стихийное становление здоровья населения. Каждый же врач имеет дело с этой стихией в ее единичном выражении – с конкретным клиническим случаем. Решая задачи врачевания в каждом клиническом случае, врач обращается к определенным знаниям, предполагаемым спецификой врачебной практики. Если врач реализует определённые стандарты в своей практике, то необходима и соответствующее отслеживание результатов этой деятельности. Эффективность стандартов,

реализуемых врачами, должны оцениваться статистически - на уровне обслуживаемой ими популяции.

Одно время много говорили о практике «доказательной медицины», чья методология предназначалась именно для нужд клинической (то есть – практической) медицины. Предполагалось, например, что наилучшие доказательства должны строиться на так называемом метаанализе, суть которой заключается в том, чтобы проводить некий суммарный анализ результатов, полученных несколькими авторами. Но можно ли сказать, что эта практика как-то оправдала себя и положительно повлияла на реальный уровень качества врачебных работ? Увы, результаты ее неопределенны⁴⁵ даже в самых развитых в социально-экономическом отношении странах мира. Это заставляет задуматься о том, стоит ли в других странах повторять этот их опыт? На мой взгляд, достижению поставленных ею целей, по меньшей мере, мешают три следующих методологических препятствия.

Во-первых, в разных научных работах уровень доказательности различен, метаанализ же дает усредненные результаты. Идея метаанализа не связана с уместностью применения технологий врачевания в каждом клиническом случае, а является лишь обобщением работ нескольких авторов.

Во-вторых, разные работы основываются на формировании выборок из разных генеральных совокупностей, то есть популяций, отличающихся между собой режимами воспроизводства здоровья своих представителей. Это значит, что статистические результаты метаанализа невозможно оценить из-за разницы влияния этих режимов (наряду с неясностью в отношении уместного применения технологий врачевания в каждом клиническом случае).

В-третьих, эксперт, проводящий метаанализ, в принципе не может даже ознакомиться с обстоятельствами, которые в реальности учитывал врач в каждом клиническом случае, включенном в работу, подвергаемую метаанализу.

Если два первых замечания относятся к сомнениям относительно методологии метаанализа, основанной на статистике средних, то третье замечание относится к природе врачевания, основанной на индивидуации врачевания каждого клинического случая. В третьем случае речь идет не о доказательствах, основанных на статистике, а о специфике мышления врача, принимающего доказательные решения в ходе самого врачевания. Она касается именно того, как врач добивается уместного *применения* теоретических и эмпирических (фундаментальных и прикладных) медицинских знаний, лежащих в основе применяемых им технологий, касается самой индивидуации врачевания, то есть связано со спецификой самой клинических практик.

Главное же мое сомнение в надежности практики «доказательной медицины» и соответственно – в самой возможности сделать ее широко распространенной, сводится к тому, что никакие строгие расчеты не заменят индивидуации врачевания каждого клинического случая, без чего нет и самой науки врачевания. Каждый врач сам и должен, в конечном счете, обеспечивать максимальную уместность применяемых им технологий врачевания в каждом клиническом случае.

7. О конкурентоспособности национальной медицинской науки и здравоохранения

Научные исследования различают по характеру постановки целей и решаемых исследовательских задач на три упомянутые выше разновидности - *инновационные, прикладные и фундаментальные*.

Конкурентоспособность национальной медицинской науки, очевидно, оценивается по тому, как фундаментальные и прикладные знания реализуются в создании *оригинальных и модификации существующих высококачественных (научно-технических) медицинских технологий*, прямо или косвенно вовлеченных в текущую практику врачевания, а также по результатам инновационных исследований при решении задач здравоохранения.

⁴⁵ Janicek M., Hitchcock, D.L., 2004.

В основу суждений об оригинальности научных работ в области медицины можно положить представление о потенциально бесконечном числе аспектов природы здоровья и естественной организации уникального его воспроизводства в любой популяции. Тогда уместными могут оказаться следующие соображения относительно суждений об оригинальности трех типов научных разработок в медицине и здравоохранении.

1. *Инновационные работы* оригинальны, если авторы в ходе исследований обеспечили формирование выборки, репрезентирующую определенную генеральную совокупность, на уровне которой оценивается эффективность применения технологических новшеств в том или ином регионе страны. Оригинальные результаты инновационных исследований могут быть использованы для уточнения методологии постановки инновационных, прикладных или даже фундаментальных научных проблем в связи со спецификой воспроизводства здоровья популяции, составляющей генеральную совокупность.

2. *Прикладные исследования* оригинальны, если авторы в ходе статистического анализа полученных данных сумели отследить некие нюансы разрабатываемой проблемы, которые уточняют, следовательно, модифицируют суть изученной проблемы, на основе чего могут быть статистически значимо усовершенствованы (улучшены) применяемые технологии или даже разработаны новые. Вместе с тем результаты прикладных исследований могут быть использованы для ревизии методологии постановки фундаментальных проблем и вопросов, касающихся нюансов проведения инновационных исследований.

3. *Фундаментальные исследования* оригинальны, если в результате их авторам удалось выделить нюансы, позволяющие модифицировать методологию инновационных, прикладных или даже фундаментальных разработок, что открывает пути к разработкам новых технологий врачевания или организации здравоохранения, основанным на новых принципах, к существенному росту эффективности практик здравоохранения, влиять на ОПЖ. Методологически грамотно проведенные исследования на популяционном уровне всегда можно спроецировать на фундаментальные представления об индивидуальной и популяционной природе здоровья с тем, чтобы уточнить их в отношении, по меньшей мере, обслуживаемой популяции.

Разумеется, развитие отечественных медицинских наук принесет реальные плоды лишь в том случае, если методологически грамотно организовать практику экспертизы научных разработок - в соответствии с лучшими традициями, сформированными за многовековую историю становления мировой науки. Любая экспертиза научного исследования должна быть основана на понимании методологии исследования, на которой строится и исполняется, а не на формальных критериях экспертной оценки. Нельзя, например, не упомянуть о правильном понимании роли автоматизированных систем в борьбе с плагиатом, в частности, электронной системы «Антиплагиат», которые не могли дать и не дали обнадеживающих перспектив при формальном его использовании.⁴⁶ Электронные системы обнаружения заимствований могут только дополнять экспертную оценку, и недопонимание этого ведет к подмене её и даже стать средством неуместного манипулирования в науке.⁴⁷ Более того, важно сознавать, что и любая экспертная оценка исследования не может быть окончательной, хотя эксперты и рискуют ошибиться значительно реже, чем другие. Окончательную оценку могут дать только результаты врачебных практик, оцененные на уровне обслуживаемых ими популяций. Но для этого необходима развитая практика регулярного отслеживания эффективности деятельности практик и ее регулирования со стороны здравоохранения, а также отслеживания способности врачебных кадров эффективно решать свои задачи, опираясь на принципы клинической медицины.

Относительно благополучно обстоит дело в отношении инновационных, прикладных и фундаментальных медицинских исследований в странах Запада (США, Канада, Германия, страны Западной, Центральной и Северной Европа, Японии), где отмечаются и наиболее

⁴⁶ Лукьяненко В.П., 2018.

⁴⁷ Пунчик В.Н., Пунчик З.В., 2016.

высокие показатели здоровья на популяционном уровне, в частности - ОПЖ. Но следует учитывать, что западные производители медицинских технологий и услуг предлагают продукцию, апробированную в условиях этих стран, с их высоким уровне ВВП и ВВП на душу населения с довольно высоким уровнем технологического обеспечения медицинских практик.

Национальная же медицинская наука любой прочей страны СНГ, как и большинства стран мира, характеризуется невысоким методологическим уровнем инновационных, прикладных и фундаментальных научных исследований. Из-за невысокого ВВП здесь фактически существует «порочный круг», когда невысокий уровень оплаты труда врачей фактически вынуждает их либо переходить в сферу частной медицины, либо вовсе покидать страну, что способствует отрицательному социальному отбору среди врачебных кадров и организаторов здравоохранения. Создаются условия для «утечки мозгов», снижения общего уровня культуры национальных научных кадров, падает качество и эффективность исследований. Снижается и сама возможность контролировать здоровье населения страны в целом.

Следует также отметить, что, жители стран Центральной Азии и Кавказа с относительно высокими доходами нередко выезжают за пределы страны (Турция, Индия) для получения подчас вполне стандартной специализированной врачебной помощи. Дело тут не в том, что пациенты недостаточно осведомлены о возможностях отечественной медицины, сколько хорошо знают о ее скромном в сравнении с другими странами кадровом и технологическом потенциале. Предстоит много работать для создания условий повышения качества медицинских услуг за счет наукоемких технологий и кадрового обеспечения учреждений здравоохранения, не говоря уже о способности создавать конкурентоспособные технологии. В целом, все эти страны остаются странами импортера медицинских технологий, обучающими собственными медицинскими кадрами за рубежом и приглашающими зарубежных разработчиков. Говорить всерьез о способности национальных наук в этих странах заменить экспортируемые технологии отечественными в ближайшей перспективе сложно. В настоящее время они все еще делают упор на импорт высоких технологий, что пока приносит скромные плоды.

Было бы наивным рассчитывать, что *стихия* научной жизни со временем сама выведет национальные медицинские науки на солидные рубежи мировой науки. Необходимо развивать национальные научные школы, чтобы реально ускорить научный прогресс в этих странах. В условиях нехватки собственных научных школ и кадров успешно развивать прикладные, а тем более – фундаментальные, исследования сложно. Но уже вполне реально проводить инновационные исследования, которые следовало бы сделать обязательным сопровождением внедряемых высоких зарубежных технологий в практику отечественного здравоохранения. Причем оценивать их эффективность следует на популяционном уровне. Эти исследования могли бы стать своеобразным «триггером» для развития прикладных разработок в стране, а со временем - и развития фундаментальных разработок.

Но инновационные исследования должны проводиться на должном методологическом уровне, что также предполагает подготовку кадров для их проведения на регулярной основе, что само по себе - отдельная организационная задача науки, образования и здравоохранения. Мне представляется, что для начала решения этой задачи существующих кадровых ресурсов в большинстве стран СНГ достаточно. Успех тут не зависит напрямую от количества «остепененных» специалистов. Он определяется наличием команды, способной взять под научный контроль статистику состояния здоровья населения и учет применяемых медицинских технологий в тех условиях, в каких находится ныне социальный институт здравоохранения в этих странах. Важно осознать, что именно инновационные исследования могут составить ту первоначальную основу, на которой в недалеком будущем станет реальным ускорение поначалу прикладной медицины, а на основе ее достижений - и фундаментальной медицины.

О серьезных перспективах конкурентоспособности здравоохранения и медицины нашей страны на мировой арене можно говорить лишь тогда, когда эти страны смогут развить регулярную практику методологически грамотных инновационных исследований в сфере здравоохранения, отвечающих мировым стандартам. Возможно, необходимо подготовить некий исходный «пул» специалистов, готовых и заинтересованных на постоянной основе заниматься налаживанием регулярных инновационных исследований, начав с отслеживания реальных проблем здравоохранения в отдельных регионах страны. Этот «пул» сыграл бы роль некоего «ядра» самоорганизации устойчивой практики контроля эффективности и качества используемых врачебных стандартов. Параллельно, с опорой на текущие результаты инновационных исследования, можно начать налаживание практик проведения инноваций, результаты которых имеют перспективу перерасти в прикладные исследования с оценкой их эффект на *популяционном уровне*.

В свете вышесказанного представляются вполне очевидными следующие три тезиса:

1) эффективность *практик врачевания* определяется их способностью *уместно* применять врачебные технологии в каждом клиническом случае, добиваясь максимальной индивидуации врачевания каждого пациента;

2) качество *медицинского образования* определяется обеспечением системы подготовки медицинских кадров эффективными образовательными технологиями, сосредоточенными на усвоении обучающимися *принципа индивидуации врачевания в каждом клиническом случае*;

3) уровень развития *медицинской науки* определяется ее способностью обеспечить врачебные практики эффективными технологиями, применение которых позволяет им достойно отвечать на современные вызовы здоровью жителей страны и *развивать принцип индивидуации врачевания в каждом клиническом случае*.

Вопрос в том, как сделать индивидуацию врачевания объектом пристального внимания медицинской науки и образования. К индивидуации врачевания фактически стремится каждый врач, но особенно – опытный. В странах СНГ опытные врачи не редкость. Я бы организовал специальные семинары, где собирал опытных врачей, готовых делиться своим опытом и знаниями молодых коллег. Опыт таких семинаров мог бы стать предметом пропедевтического анализа. Я бы также поощрял в научных медицинских журналах публикации статей с серьезным пропедевтическим анализом уникальных клинических случаев.

8. Здравоохранение - «ядро» медицинской науки

Еще раз напомним: Врачебное мышление направлено на индивидуацию врачевания в каждом клиническом случае. Цель врача - максимизировать вероятность выздоровления каждого пациента. Естественная же наука сосредоточена на классификации объектов и в количественном плане ориентируется на статистику средних. Здравоохранение же стремится обеспечить эффективность индивидуаций врачевания каждого больного и на этой основе обеспечить эффективность всех врачебных практик на популяционном уровне. Наука о здравоохранении в интересах здоровья всего обслуживаемого населения развивает эффективность врачебных практик, сосредоточенных на индивидуация врачевания. Ее цель - максимизировать здоровье обслуживаемого населения.

Ответ на вопрос о том, хорошо или плохо организованы медицинские практики в единую систему здравоохранения, определяется их интегральной эффективностью на популяционном уровне, оцениваемой по показателям здоровья обслуживаемого населения. Следовательно, перед каждой национальной системой здравоохранения стоит вопрос: в какой мере она способна играть роль своеобразного «триггера» (или «ядра») процесса самоорганизации медицинского научного процесса и вывести прикладные и фундаментальные медицинские исследования в стране на мировой уровень?

Любой процесс организуется вокруг некоторого, как бы стихийно, сложившегося «ядра». Для медицинской науки таким «ядром» являются сами текущие медицинские практики, деятельность которых регулируется системой здравоохранения. Это значит, что наука о

здравоохранении как организационная наука, занятая оптимизацией работы медицинских практик в интересах всего населения, фактически и является «ядром» медицинской науки в целом, цель которой обеспечить эти практики знаниями, которые те могут с наибольшей эффективностью применять в осуществлении своей деятельности. Это также означает, что лучшая организация здравоохранения там, где она развивает практики врачевания, способствуя уместному применению эффективных научных знаний для достижения наилучшего здоровья обслуживаемого ими населения. И, наконец, это означает, что для принятия адекватных решений по развитию медицинских практик здравоохранение должно в первую очередь развивать практику инновационных исследований, в рамках которых могут быть количественно и качественно оценены выгоды от применяемых ими технологий. Вместе с тем грамотная организация инновационных исследований позволяет получить результаты, необходимые для развития уместных для страны прикладных исследований. Решая же прикладные задачи, рано или поздно наука выходит и на новые решения фундаментальных задач, и на уточнения их формулировок, тем самым развивая в интересах здоровья своего населения уместную для данной страны медицинскую науку и систему здравоохранения. Это, в частности, поясняет, почему ошибочно ставить вопрос о степени значимости фундаментальных, прикладных и инновационных научных исследований: каждый из них занимает достойное место в единой системе познания. Уровень научных разработок определяется не соотношением вкладов в эти три группы исследований, а «научоемкостью» технологий, которые разрабатываются на основе знаний, добываемых ими. В конечном итоге, сама практика врачевания и определяет приоритеты, коими должна руководствоваться национальная наука при развитии фундаментальных, прикладных и инновационных исследований в стране.

Внесем одно важное уточнение. Инновационные исследования в области медицины подразумевают апробацию и освоение врачами новых технологий, основанных на фундаментальных и прикладных разработках, независимо от того, в какой стране они реализованы. То есть инновационные исследования представляют собой лишь часть того, что имел в виду Авиценна, говоря о медицине как практической науке. Для него (как и ныне для каждого врача в каждом клиническом случае) главной проблемой был вопрос об уместности применяемого способа врачевания *в каждом конкретном клиническом случае*. Только врач решает, в какой мере та или иная технология, уместна в данном конкретном клиническом случае. Проблема уместности применяемых технологий фактически и является фундаментальной для клинической медицины. Современная биология и биомедицина ее решить не могут, и это – не их задача. Речь ведь идет об *индивидуальной природе каждого пациента*, с которой встречается в своей повседневной практике только врач, и встречается с незапамятных времен, и об этом врачи прекрасно осведомлены. Им она не просто издавна знакома. Она была в принципе решена еще в античные времена, во многом - благодаря Гиппократу, который, по всеобщему мнению, и сформулировал суть клинической медицины как специфической науки, которая имеет свою философию, не изменившуюся за 24 столетия после его смерти.

Таким образом, практическая проблема уместности применения знания в ходе каждого врачевания связана с решением фундаментальной проблемы медицинской науки – вопроса об индивидуальной природе человека. Инновационные исследования открывают дорогу широкому применению в практике врачевания апробированных ими технологий. По их результатам решается вопрос об обучении врачей новым технологиям для широкого их применения в практике врачевания. Между тем врачевание на основе одних и тех же технологических стандартов в масштабе одной страны осуществляется в различных популяциях. Но эффекты на *популяционном уровне* от широкого их применения ныне (за очень редким исключением) ныне почти не контролируются, и они как бы «растворены» в общих показателях здоровья населения страны - заболеваемости, болезненности, смертности. Эти показатели и ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) населения каждого региона – основные ориентиры при принятии адресных решений на различном уровне организации

здравоохранения. Но они дают *косвенное* представление о *недифференцированном* «вкладе» самых различных природных, социальных и экономических факторов на эти общие показатели здоровья популяции. О реальной же картине того, что именно контролируют врачебные практики, здравоохранение мало осведомлено.

Достаточно сопоставить число нологических стандартов, применяемых в странах СНГ с количеством официально проводимых рандомизированных исследований эффективности их применения, чтобы оценить масштабы неосведомленности о непосредственном (не косвенном) их «вкладе» в здоровье населения применяемых технологий. Оценка непосредственного «вклада» в формирование показателей здоровья, вносимого применением новых медицинских технологических стандартов, должна быть постоянной практикой мониторинга в применяющих их учреждениях здравоохранения. Частные медицинские учреждения не должны быть вне этой практики, поскольку они даже в некотором смысле больше заинтересованы в том, чтобы иметь «обратную связь» своей деятельности с ее эффектами в обслуживаемых ими популяциях, чем государственные.

Вообще же каждое медицинское учреждение как социальный проводник вмешательства здравоохранения в здоровье обслуживаемого населения объективно заинтересовано в объективной оценке собственного «вклада» в формирование показателей здоровья обслуживаемой популяции. Это ведь только и позволяет целенаправленно совершенствовать качество и эффективность обслуживания ими своих пациентов. Существующая же практика оценки эффективности учреждений во многом формально, поэтому мало меняется «административный почерк» управленческого аппарата системы здравоохранения в странах СНГ, включая Россию, нередко причудливо сочетающийся с коммерческими соображениями.

В конечном же итоге каждый врач объективно заинтересован в оценке качества и эффективности своей работы по прямому «вкладу» технологий, которые он использует, в здоровье обслуживаемой им популяции. Ведь врачебный профессионализм сводится к *уместному* применению освоенных им технологий в каждом клиническом случае. Фактически каждый врач – независимо от того, насколько он это сознает, реализует представление Авиценны о медицине как о *практической науке* (науке врачевания), изучающей уместное применение существующих медицинских знаний в каждом клиническом случае.

Вернемся теперь к классификации научных знаний. Всякое знание суть *представление*, и является таковым независимо от того, идет ли речь о теоретическом или эмпирическом, гуманитарном или естественнонаучном знании. *Теоретическое знание* основано на представлении, основанном на «чистом» воображении, которое, хотя оно и диктуется во многом некоторым (правда, не всегда очевидным) эмпирическим опытом, тем не менее, является сугубо *феноменологическим* результатом, плодом *рефлексии* мыслящего индивида относительно некоторого исходно воспринятого сознанием предмета. Представляя себе, чем является папоротник, мы явно или неявно пользуемся идеей *«растительного царства»*. Математик рефлексируя относительно свойств таких *идеальных* объектов, как числа или геометрические фигуры, формулирует соответствующие им идеальные объекты - аксиомы и теоремы. Философ рефлексирует относительно, например, таких *идеальных* объектов, каковыми являются *понятия* сознания и бытия, и формулирует собственные представления о природе реальности и мышления.

Эмпирическое (естественнонаучное) познание основано на некотором предельно обобщенном представлении о сути *экспериментальных* фактов и фактов, полученных в специальных наблюдениях, на поисках придания последним определенного, адекватного целям познания, смысла, что ведет к развитию онтологических знаний - о классах объектов данной области познания. Биолог-этолог специальным образом организует наблюдения за дикими животными, максимально стремясь избежать влияния на само течение их жизни. Факты, которые он при этом наблюдает, толкуются им с учетом того, в какой мере ему удалось организовать такие наблюдения.

В *практическом познании* исследуются *единичные объекты*. Исследуются они в той мере, в какой это диктуется представлением исследователя о выгодах, которыми руководствуются потребители таких знаний. Ум практического исследователя сосредоточен на полезном для человека варьировании свойствами единичного объекта путем применения теоретических и эмпирических знаний - знаний о свойствах объектов, которые позволяют нам отнести к определенному классу объектов. Инженер, проектирующий сложную установку, должен предусмотреть все то, что предполагается необходимым для пользователя этой установки. Но только в ходе испытаний установки удастся предусмотреть их в той мере, в какой заинтересован пользователь, лучше других знающий о специфике той работы, которую собирается выполнить с помощью проектируемой установки. Но и после создания и наладки установки, многие вопросы приходится дорабатывать пользователю, осмысливая характер уместности практического применения им этой установки.

Медицина как практическая наука стремится к уместному применению в каждом клиническом случае теоретических и эмпирических знаний о природном явлении «пациент» как представлений об этом явлении как некотором классе человеческих природ. Эти классы характеризуются, например, нозологическими определениями заболеваний, характером их течения, осложнения и прочими нюансами, ставшими результатом эмпирической и теоретической медицины. Эти представления теперь стали потенциальными объектами практического применения в ходе врачевания каждого пациента. Но врачевание каждого больного направляется не самими теоретическими и эмпирическими знаниями, а интересами здоровья каждого конкретного пациента и целью врача защитить его здоровье, если тот здоров, вернуть ему здоровья - если тот болен.

Но в современном мире, «заточенном» на рыночные отношения, врач не может в полной мере раскрыть эпистемологические и онтологические возможности врачебной науки как практической дисциплины, изучающей уникальную природу каждого человека. Врач сам поставлен в положение «экономического агента» - субъекта экономических отношений, движимого не только интересами здоровья каждого пациента, но и собственными «экономическими инстинктами». Сколько бы мы ни говорили о долге врача, как бы ни призывали их следовать «Клятве»⁴⁸ Гиппократ в разных ее интерпретациях, врач остается, прежде всего, живым человеком, учитывающим и собственные интересы выживания, а значит – подверженным тем же искушениям и стремлению оставаться «порядочным», которые движут каждым человеком. Никакие законы никогда этого не отменять. Чтобы врач максимально соответствовал «Клятве» Гиппократ необходимо, чтобы само общество было достойно иметь такого врача. Таковым может быть лишь общество, где экономические инстинкты оформлены в рыночные или иные отношения так, чтобы они не заслоняли собой профессионального мышления врача, следующего максимальной выгоде для здоровья каждого пациента. Только для такого общества мог бы стать реализуемым в полной мере принцип Алматиской-Астанинской декларации, заключенный в призыве «здоровье - для всех». Ибо принцип «здоровье для всех» может быть реализован в полной мере только как лучший результат реализации принципа «здоровье для каждого». Медицина заявила об этом стремлении еще в античные времена, и сформулировала его, в частности, в трактате «Клятва» из «Гиппократова Корпуса».

Приведенное выше утверждение Авиценны (о том, что медицина является практической наукой) в наши дни, видимо, можно проецировать на специфику любой национальной медицинской науки. Прямо оценить уровень развития национального здравоохранения и косвенно – уровень развития национальной медицинской науки можно лишь по конечной эффективности применения медицинскими практиками наукоемких технологий – их влиянию на здоровье всего населения. То есть не по *факту их освоения* врачами учреждений здравоохранения, а по эффекту их применения на популяционном уровне, который проявляется в основных показателях здоровья населения страны. Ведь, даже располагая

⁴⁸ Гиппократ. «Клятва», 1936.

самыми фундаментальными разработками и знаниями в области биологии заболеваний человека, можно иметь скромные результаты в сфере практического здравоохранения. В то же время, имея относительно скромный уровень развития отечественной фундаментальной медицины, но хорошо организованную систему медицинских практик, можно достичь серьезных результатов в деле охраны здоровья здоровых и восстановления здоровья больных. Медицинские практики дают хорошие результаты лишь при условии грамотной *организации*, что и обеспечивает пресловутую «тесную связь практики с наукой». Вместе с тем уровень здоровья любой популяции - интегральный результат усилий разнообразных социальных практик, причем - не именно медицинских. Но это - главный объект медицины как фундаментальной, прикладной и инновационной науки.

III.

9. Как в медицине работает принцип «практика - критерий истины». Мысль о том, что наука и образование в своем развитии должны отталкиваться от практики, не нова. Прагматическая теория истины сводится к краткому тезису: «практика – критерий истина». Истина – важное понятие в любом естественном языке мира, и тому есть серьезные причины. Любой естественный язык выражает характер сосуществования человека определенной культуры с определенным окрестным ей миром. Характерно также, что любой естественный язык допускает сосуществование в нем даже противоречащих друг другу трактовок понятия «истина». Мы можем более или менее отчетливо замечать или не замечать этого факта, но от этого он не перестает существовать. В естественной человеческой среде люди предпочитают *обходить* противоречия с помощью соглашений, чтобы избежать опасных столкновений между собой. Борьба за истину ведется в рамках лишь научной интерпретации этого понятия, а интерпретируется оно с самых разных эпистемологических и онтологических ракурсов. С онтологической точки зрения мы можем быть готовы сосуществовать с самыми разными вещами в окрестном нам мире, мириться с существованием или несуществованием вещей, о чем сказано было еще Протагором: «Мера всех вещей — человек, существующих, что они существуют, а несуществующих, что они не существуют».⁴⁹ Поэтому трактовать прагматическую теорию следовало бы шире, чем того требуют экзистенциалисты. Истина – следствие *готовности* человека сосуществовать с определенным миром, существовать внутри некоторой окрестной ему реальности, доступной его сознанию, представляющейся ему разумно устроенной, объективной в той мере, в какой наш разум готов принять сосуществующие с нами вещи в мире. Речь может идти и о вещах, материально воплощенных, и вещах, существующих лишь в нашем воображении, идеях, которые мы можем не только выражать символически, но и воплощать в телесные формы, как, например, скульптор-модернист воплощает свою идею гармонии в изваяние.

Поскольку практические выгоды возможны лишь при *уместном применении знаний*, то тезис «практика – критерий истины» означает, что рост знания - не самоцель науки: научное знание обретает ценность лишь тогда, когда оно позволяет решать практически задачи. Не все, что существует достойно того, чтобы существовать. Не все, что можно познать, достойно того, чтобы стать объектом познания. Но ведь достоинство, скорее, субъективное понятие. В какой мере с ним стоит считаться – большой вопрос. Практический вопрос. Соответственно и обучать имеет смысл лишь знанию, которое позволяет извлечь из него те или иные выгоды для человека. Но как следует понимать содержание выгод? Это тоже практический вопрос. Сама идея выгоды может предполагать не только привычные факты, но и факты, которых еще не было в опыте. В случае медицины как науки врачевания возникает всегда вопрос: о чьей выгоде идет речь? кто является главным бенефициаром медицинского научного знания? На деле это - два разных вопроса. Очевидно, речь всегда идет о выгоде каждого конкретного пациента – главного *бенефициара врачевания*. Главным же *бенефициаром знания* является сам врач, чья профессиональная обязанность - уместно

⁴⁹ Платон. Тезетет. Соч., Т.2, С.229-327 (152а)., 2007.

применить знание в каждом клиническом случае. То есть главным бенефициаром *уместного применения знания* является пациент. Отсюда следует, в частности, что именно в сфере практического здравоохранения медицина как практическая наука накапливает результаты, окупаемые результатами всех трех типов исследования - инновационных, прикладных и фундаментальных.

Стремление к профессиональному совершенствованию заставляет врача интересоваться новыми медицинскими технологиями. Однако только инновационные исследования, став постоянным орудием его постоянного самосовершенствования, могут позволить ему постоянно извлекать профессиональные выгоды из новых знаний и технологий, уместно применяя их в каждом клиническом случае. Врач высокой квалификации лечит каждого пациента, ежедневно используя наукоемкие технологии, и тем самым *косвенно* вовлекает собственную практику в *доработку* и прикладных, и фундаментальных медицинских исследований. Врач, *непосредственно* вовлеченный в инновационные и прикладные исследования, в ходе врачевания каждого пациента, так или иначе, невольно обращается к фундаментальным медико-биологическим и другим областям знания.

Потенциально деятельность любого врача, профессионально заинтересованного в сохранении или восстановлении здоровья каждого пациента, потенциально вовлечена в инновационные, прикладные и фундаментальные медицинские исследования. Вопрос лишь в том, чтобы организовать извлечение информации касающейся эффектов его деятельности на популяционном уровне. Всякий врач потенциально не просто заинтересован в развитии фундаментальных знаний, но самой своей практикой фактически подпитывает все три типа исследования, направляя их на цели и задачи клинической медицины. С точки зрения практического врача объектом фундаментальных исследований клинической медицины является индивидуальная природа человека, тогда как знания о так называемых «биологических механизмах» здоровья и болезни, на каком бы уровне организации живых систем они ни рассматривались, являют собой лишь отдельные «проекции» этого объекта на врачебное мышление. Индивидуальная природа человека составляет специфический регион клинической медицины - практической, прикладной, и фундаментальной науки. Источником, и потребителем медицинских знаний является сама врачебная практика, организуемая здравоохранением с учетом региональной специфики здоровья населения.

Врач, сознающий, что, ежедневно, приступая к профессиональным обязанностям, он вовлекает свою способность сочувствовать психофизической природе на уровне профессионального сознания – в восприятие текущей индивидуальной природы здоровья каждого пациента. Это и позволяет ему подвергать свои врачебные знания индивидуации в соответствии с текущей природой каждого пациента и способностью настраивать свою профессиональную интуицию под психофизическую природу текущего состояния каждого пациента, чтобы быстро и уместно реагировать на изменение этого состояние, принимать адекватные решения. Врач не просто непрерывно совершенствуется как профессионал всю свою профессиональную жизнь, он нуждается в непрерывном совершенствовании. И чтобы соответствовать этим потребностям, каждая национальная медицинская наука и врачебное образование должны быть организованы сходным же образом. Они должны постоянно, непрерывно отслеживать здоровье популяции, которое они обслуживают, отслеживать его развитие, постоянно вовлекая себя в ход формирования системы здравоохранения как «ядра» национальной медицинской науки и образования. Следовательно, и образование врачей не может ограничиваться дипломным образованием. Только такой подход может позволить медицине и здравоохранению взять под контроль весь онтогенез человека, что вполне бы соответствовало идее Дильмана о том, что в ходе онтогенеза непрерывно реализация некая генетическая программа индивидуального развития, являющаяся «программой без конца»⁵⁰, ибо никакая эволюция не может предусмотреть финала генетической программы.

⁵⁰ Дильман В.М., 1987.

10. Принцип Майра и концепция полной структуры естественного отбора. Коль скоро мы коснулись темы эволюции, то нам придется обратиться и к содержанию понятия «естественный отбор», лежащему в основе дарвинистской версии эволюции, понятию, до конца все еще неясному. Очень много споров было по поводу определения объекта эволюции, Положение, согласно которому объектом отбора может быть любой уровень организации целостности живой системы, хотя основным его объектом остается индивид⁵¹, я бы назвал *принципом Майра*, поскольку именно он уделил вопросу об объекте отбора, пожалуй, основное внимание в своем научном творчестве.

Отступление 2. В цитированной работе Майр обсудил, в частности, вопрос об объектах естественного отбора, и фактически утверждает, что термин «отбор» применим в отношении всех уровней организации биосистем, и что здесь лишь важно научное предпочтение исследователя. Он подчеркнул, что главный объект естественной селекции - живой индивид, являющий собой единый фенотип. Майр допустил, что «не имеет существенного значения, как гены объединены или насколько генотип должен измениться, если полученный на его основе фенотип одобряется отбором. То есть Майр фактически согласен с положением, согласно которому адаптация индивида, включая, например, адаптацию отдельной клетки в составе многоклеточного организма (являющаяся, разумеется, объектом одобрения и неодобрения со стороны отбора), инварианта относительно и *функционирования, и преобразований генома*.⁵² Отсюда уже недалеко до утверждения, что акт отбора на любом уровне является актом регуляции стратегии существования надсистемы, в которую входит объект селекции. В частности, я считаю, что это положение привлекает внимание к идее Ф. Варелы (1996) о необходимости развития нейрофеноменологической эпистемологии. Мое внимание эта идея привлекает потому, что в своей основе она близка к эпистемологии клинической медицины. Врач фактически мыслит психофизически, а значит - нейрофеноменологически, когда, сочувствуя пациенту, настраивает свое сознание под его самочувствие, чтобы не только для того, чтобы профессионально оценить его текущее состояние (поставить диагноз) с тем, чтобы принять оптимальное врачебное решение, но для того, чтобы оценивать его состояние в ходе всего врачевания. Целительское мышление начало формироваться в глубокой древности как знахарское искусство. Профессиональное же врачевание выделилось из жреческой медицины, что особенно было заметно в истории древнегреческих школ врачевания. Эмпедокл считался больше даже жрецом, чем врачом. Генетическая связь врачевания с жреческими практиками объясняет, почему, в частности, восприятие медитативных практик буддизма (частную разновидность жреческой практики) Варела посчитал соответствующим перспективам развития методологии нейрофеноменологии. Врач, как и жрец, мыслит во многом интуитивно, следуя профессиональной интуиции, чтобы добиться максимальной индивидуации принимаемых им врачебных решений в отношении каждого пациента.

Любой живой индивид, как носитель *сознающей воли*, мог бы засвидетельствовать, что субъективно, феноменологически пережитый им акт *выбора* внешне (объективно) являет себя как акт *отбора*. То есть *принцип Майра* должен быть дополнен неким *принципом субъективного выбора* живым индивидом, вместе с которым они выражают некую *полную структуру акта естественной селекции на индивидуальном уровне*. Этот двойственный принцип фиксирует тот факт, что акты сознания являют собой субъективно переживаемые *феноменологические эквиваленты естественного отбора*, переживаемые как *внутренний выбор*, опирающийся на переживание индивидом степени уверенности в своем выборе. Это переживание суть либо переживание уверенности в прямой интуиции определенных оснований для такой уверенности, либо переживание уверенности, следующее из логических сопоставлений сущностей, интуитируемых в обстоятельствах текущего выбора, с прежним опытом единения сознающего бытия с остальным миром. В актах сознания выбираются, и тем самым - фиксируются *паттерны мозга*, феноменологически переживающие текущую целостность индивида как уверенное сосуществование с остальным миром в рамках

⁵¹ Маур Е., 1997.

⁵² См. Кутлумуратов А.Б., 1989-1992; Бекчан А. (Кутлумуратов А.Б.), 1997; Кутлумуратов А.Б., 2008.

некоторого, локально устойчивого единения с ним. Эти паттерны феноменологически переживаются как *представление* индивида в качестве физической целостности в текущих средовых обстоятельствах. Эти *представления* текущей целостности переживаются сознанием индивида в интуитивном и логическом восприятии себя и остального бытия внутри парменидова мира. Акты сознания как феномены внутреннего выбора единения с остальным миром суть *субъективный эквивалент фиксации этого единства как целостности*, то есть *субъективное переживание* отбора на том или ином уровне целостности по Майру. В этой феноменологии проявляется человеческая *забота* (если использовать терминологию Хайдеггера о бытии человека⁵³), благодаря чему конституируется *целостное человеческое бытие, антропное бытие*. Парменидов мир в каждом акте сознания как бы раскалывается на два дополняющих друг друга до целостности непосредственно сосуществующих друг с другом бытий – на бытие человека и на остальное бытие внутри парменидова бытия. Таким образом, в актах сознания сплошной парменидов мир локально конституируется в целостное бытие, предполагающее существование в нем сознающего индивида и предстоящий его сознанию остальной мир.

Таким образом, сознательные акты позволяют человеку *заботиться* о собственном существовании («о себе»), заботясь об определенностях непосредственного окружения. Например, о доме, ребенке, родных, друзьях и коллективе, о природной среде обитания и объектах профессионального интереса, о стране и вообще, в целом о *человеческом* существовании. Так каждый индивид как бы *пролонгирует* себя как бытийную единичность на некоторый окрестный мир, конституируя некий целостный, предполагающий его единичное бытие парменидов мир. *Термин Хайдеггера «забота» можно, таким образом, толковать как феноменологическое переживание выбора сознающим индивидом текущих приоритетов (акцентуаций) человеческого бытия и соответствующих им бытийных единичностей в окрестном мире. В актах заботы мыслящий индивид и окрестный мир вместе локально конституируют некоторое сложное целостное бытие, предполагающее существование сознающего индивида в мире.*

Р. Доккинз⁵⁴ использовал термин «расширенный фенотип». Наверное, он оправдан, если иметь в виду, что каждый живой индивид решает вопрос о «расширении» или «сужении» текущей психофизически единой фенотипической структуры. Фенотип следует толковать как психофизическое понятие – как текущий способ «выпадения» бытия индивида вместе с окрестным миром в ходе заботы индивида о своем определенном, целостном существовании в парменидовом мире. Человек психофизически выпадает в целостный антропный мир. Это значит, что критика Майром концепции «расширенного фенотипа»⁵⁵ вполне оправдана уже потому, что ответ на вопрос о том, на каком уровне будет действовать отбор, определяется поведенческими решениями индивида, принимаемыми им на основе феноменологии сознательного выбора, а не «эгоистичным геном». Идею же Доккинза о «расширенном фенотипе» можно рассматривать как приемлемый педагогический прием, который можно использовать для популяризации сложного биологического концепта «фенотип». Поведение не определяется эгоистичным геном, как полагал Доккинз. Поведение суть следствие субъективного переживания индивида, в ходе которого он *применяет* фенотип к текущим обстоятельствам, и оно, поведение, не редуцируемо к генетическим кодам и «разумному гену». Это было бы все равно, что приписать гену личностные качества.⁵⁶ Напротив, геном транслируется в фенотип по мере того как текущие схемы поведения психофизически модифицируются, а геномы дифференцирующихся клеток – заново истолковываются выбранными схемами поведения, направляемого сознанием индивида. Сознание, в конечном счете, психофизически оформляет трансляцию генома в поведенческий фенотип, под

⁵³ Хайдеггер М., 1997.

⁵⁴ Доккинз К.Р., 1993; Dawkins R., 2004.

⁵⁵ Mayr E., 2000.

⁵⁶ Medicus G., 2017.

который далее подводятся и морфологические эквиваленты функций клеток, из которых составлено многоклеточное тело живого индивида.

Акты сознания, субъективно фиксируют текущие паттерны мозговой активности (что проявляется в устойчивой феноменологии внутренних переживаний), *вовлекающие в отбор определенные аспекты психофизически целостной природы сознающего индивида в непосредственной связи с неопределенным, органическим, как бы «сплошным», ее аспектом.* Акты сознания - либо логические акты анализа и синтеза сложных смыслов, либо интуитивные акты усмотрения (*простые акты усмотрения* некоторых единичных сущностей или усмотрения определенных сложных порядков вещей) - вместе конституируют *целостные* определенности, становящихся объектом нового опыта. Результатом нового опыта становится либо подтверждение, либо опровержение интуитивных усмотрений и/или состояний сознания, конституированных как результаты логических анализов и синтезов простых и сложных смыслов, запускающих определенности поведения. Эти поведенческие определенности ведут к дарвиновскому отбору. Акты сознания суть фиксация относительно устойчивых паттернов переживания определенностей (логически и/или интуитивно воспринятых) и неопределенностей (также логически и/или интуитивно воспринятых).

Сознательным актом (интуитивным или логическим) индивид вовлекает себя в новый опыт единения с остальным миром внутри сплошного бытия Парменида - опыт конституирования целостного мира, предполагающего в нем единичное бытие мыслящего индивида. Сознательный акт может быть *новым во времени* повторением предыдущего акта или его повторением *в новом месте* - новым в пространственном отношении моделированием тех же условий опыта и/или наблюдений, что и в некотором предыдущем акте. Либо он может моделировать те же пространственные условия, что и прежде, но *в новое время*. Физическим результатом такого вовлечения является смена пространственно-временных определенностей единичного бытия (физичности) в мире - текущий акт естественного отбора (отбор по Попперу). Индивид либо выживает или не выживает физически (подвергается телесной, пространственно-временной элиминации), либо выживает хуже (более или менее) или лучше (более или менее) - происходит познание опытом, когда элиминации подвергается физический *паттерн, феноменологически переживающий выбор* поведения, поведенческое качество. Таким образом, акт выбор индуцируется непознанной, неопределенной частью природы мозга. Иными словами, сознательный акт суть феноменологический выбор индивида, определенным образом включающий индивидуальный естественный отбор, вовлекающий определенности внешнего мира в отбор. Интуиция суть *прямое* усмотрение (*выбор*) определенности, а решение о выборе, основанное на интуиции, подвергается отбору в ходе нового опыта. Логика же суть *косвенный выбор* на основе феноменологии сопоставления интуитивно усматриваемых определенностей старого опыта с интуитивно допускаемой новой определенностью и *выбор решения* (например, *поведенческого*) на основе такого сопоставления и переживания чувства уверенности. В конечном счете, сам индивид подвергается отбору не только в физическом смысле, но и в смысле психическом, поскольку объектом отбора становится интуитивно или логически принятое им решение. Отбор может инициироваться самим индивидом феноменологически - как внешнее следствие мысленного выбора индивидом той или иной определенности своего поведения в текущих пространственно-временных (физических) обстоятельствах. По мере же реализации мысленного выбора определенных поведенческих решений, основанных на переживаемом им чувстве уверенности, индивид становится объектом отбора. Иными словами, для того, чтобы природа подвергла индивид естественной селекции, она не только откуда-то извне вовлекает фактор отбора, но и дает возможность ему самому выбрать способ вовлечения себя в этот процесс.

11. Слово об эволюционной эпистемологии медицины. Сказанного выше в настоящем трактате, на мой взгляд, достаточно для того, чтобы понять, что нет никаких оснований считать, будто медицина суть лишь практическое приложение биологии. Вопрос о статусе медицины как науки следует считать закрытым. Медицина как во времена Авиценны

остаётся практической наукой, включающей три основных раздела. Во-первых, она располагает собственной философией, на основе которой она развивает область методологических (то есть философско-теоретических) медицинских знаний, служащей онтологическим и эпистемологическим основанием клинического мышления. Во-вторых, она располагает парадигмой, на основе которой трансформирует биологические идеи в клинические принципы, воплощая их в клинические дисциплины в виде эмпирических обобщений биомедицинского знания. В-третьих, она располагает разветвленной сетью врачебных практик, реализующих основной методологический инструмент клинической медицины – технологию индивидуации врачевания.

Веками методология медицины в целом развивается именно как практическая наука. В современную эпоху, когда биомедицинская парадигма почти всеми признана в качестве основы медицины, специфические методы врачебного мышления сохраняются в полной мере лишь в рамках стихии самой практики врачевания. Клиническому мышлению отнюдь не мешает тот факт, что официальные медицинские документы врач оформляет в биомедицинских терминах. Но когда речь идет о применении любых научных новшеств, каждый биолог или физик может почувствовать, что вход в клиническую медицину строго охраняется. Это ныне хорошо чувствуют энтузиасты эволюционной биомедицины, вот уже около тридцати лет стремящиеся закрепить в сфере врачебных практик эволюционную парадигму. Ранее мы касались этого вопроса в отношении клинической онкологии.⁵⁷ Ниже я попытаюсь высказать некоторые соображения, которые, на мой взгляд, способны помочь врачебному сообществу воспринять эволюционную парадигму, хотя и не совсем ту, за которую ратуют энтузиасты эволюционной биомедицины. Данную парадигму, на мой взгляд, следует интерпретировать иначе, чем принято среди эволюционных биомедицинских специалистов.

Начну с того, что современные социальные обстоятельства и экономические условия диктуют врачам мотивацию их профессионального поведения с ограничениями познавательных целей и мотивов, которые позволяют им принимать клинические решения. Врачам иногда приходится избегать применения даже тех методов познания, которые диктуются самой их профессиональной этикой. Это сознавали врачеватели античных времен. В «Клятве» Гиппократу указаны моральные нормативы, регулирующие профессиональное мышление и поведение врача. В частности, цели, задачи (следовательно, границы!) врачебного познания продиктованы его отказом от нанесения всякого вреда пациенту, установкой на врачевание каждого больного в меру своего профессионального разумения. Врач исследует каждого пациента ради достижения выгод для ЕГО здоровья, стремится к максимальному эффекту врачевания в каждом клиническом случае.

Именно профессиональные моральные принципы обеспечивают медицине как науке врачевания ту самую «консервативность», иногда раздражающую некоторых излишне нетерпеливых представителей «респектабельных» наук (например, физики). Это не очень волнует медиков, руководствующихся не тем, какой хотели бы представители этих наук видеть медицину, а интересами каждого пациента. Врачебное сообщество само, на основании своих этических принципов решает, каковыми должны быть методы познания, чтобы достичь максимального клинического эффекта в каждом клиническом случае. Это касается не только физики, но любой отрасли знания, чьи достижения медицина применяет для достижения целей врачевания в каждом клиническом случае. Новые методы открывают дорогу в клиническую медицину, благодаря самим врачам-энтузиастам, воспринимающим новшества из других сфер без ущерба для принципов самой клинической медицины. Но любое новшество, прежде чем стать клиническим стандартом проходит клинические испытания. Но и пройдя их оно еще должно закрепиться в клинической практике, что зависит от эффекта его влияния на здоровье, которое можно отследить с помощью доказательства этих эффектов на уровне обслуживаемой популяции.

⁵⁷ Кутлумуратов А.Б., Хаитбаев Б.М., 2021 (vixra.org. 2109.0075v2).

Эволюционное мышление долгое время практически не интересовало врачебное сообщество в качестве метода познания. На рубеже 20-го-21-го веков возникло движение врачей-энтузиастов так называемой «эволюционной медицины», которые стремятся обосновать мысль о том, что эволюционная точка зрения на здоровье может благоприятно повлиять на решение проблем здоровья.^{58,59} Сторонники этого подхода стремятся развить эволюционную эпистемологию клинической медицины. Врачебное сообщество не спешит принимать ее в качестве альтернативы существующим стандартам врачевания. Нет и серьезной уверенности в том, что дарвинистская парадигма в существующем виде может стать элементом клинического (врачебного) мышления, хотя некоторые достижения в этом направлении прошли клинические испытания в ряде стран мира.⁶⁰ В целом врачи пока обходятся без нее, не видя веских причин для того, чтобы ставить достижение своих целей и решение клинических задач в прямую связь с нею.

Полагаю, что в целом причина этого заключается в том, что методология эволюционного мышления остается сугубо биологической, чуждой этическим принципам клинической медицины, оформившимся еще в античные времена и средневековье. Достаточно вспомнить о движении «социал-дарвинистов», мечтавших улучшить с помощью генетических методов человеческие качества, или о суде над нацистскими медиками, экспериментировавшими на людях аналогично тому, как ставятся опыты на животных.

Будучи наукой врачевания, клиническая медицина предполагает, что мысль врача следует за интересами здоровья *каждого* пациента, какими бы знаниями врач ни пользовался. Эволюционное же мышление в том виде, в каком оно оформилось в биологии под влиянием теории естественного отбора, врачу мало чем может помочь. Каждую особь оно воспринимает как объект естественной селекции. Методы эволюционного мышления могут использоваться врачом в той лишь мере, в какой они соответствуют целям клинической медицины как практической науки. Но в целом с врачебной точки зрения оно остается малоприменимой для нужд клинического мышления.

Следует отметить, что некоторые энтузиасты эволюционной медицины, среди которых есть профессиональные клиницисты, в частности, психиатры и специалисты по поведению человека, пытаются развивать представления о происхождении человеческих качеств, в частности, этики, как эволюционно приобретенные человеческим видом.⁶¹ Сходные мысли можно найти в своем классическом труде Чарльза Дарвина о природе эмоций.⁶² На мой взгляд, подобные направления открывают серьезные перспективы для проникновения эволюционной парадигмы в клиническую медицину как практическую науку. Однако главный изъян современной эволюционной медицины, на мой взгляд, заключается в том, что она ориентируется целиком даже не на дарвинистскую, а на неodarвинистскую эволюцию, которая рассматривает эволюцию исключительно как детище естественной селекции. Она недостаточно учитывает роль самих живых индивидов в эволюционном процессе, что фактически и утверждает эволюционная теория Ламарка. Полагаю, что основу эволюционной парадигмы клинической медицины могла бы составить единая модель эволюции, включающая в себя и ламаркистские, и дарвиновские идеи эволюции.⁶³

Мне представляется, эволюционисты упустили главную мысль Ламарка, считавшего, что эволюционный процесс направляется самими живыми существами. Эта мысль заложена в идее «стремления к совершенству», присущего природе каждого живого существа. Биологи критически отнеслись к концепту Ламарка «стремление природы к совершенству», противопоставив его концепту Дарвина «стремления к выживанию». И упустили, что всякое стремление как таковое суть субъективное явление, плод событий, происходящих в

⁵⁸ Nesse, R. M. 2005.

⁵⁹ Nesse R.M., Stearns S.C., 2007 (2008).

⁶⁰ Medicus G., 2017.

⁶¹ Medicus G., 2017.

⁶² Дарвин Ч., Соч. в 9 тт., Т.5., 1953.

⁶³ Кутлумуратов А.Б., 2021.

единичной природе живого существа, хотя и под влиянием внешних «стимулов». На один и тот же стимул индивид может среагировать по-разному, опираясь на усвоенный им жизненный опыт. Но оба они – и Ламарк, и Дарвин - фактически говорили о способности к стремлению, исходящей из природы самого живого индивида, из их внутренней, субъективно переживаемой, психической, жизни.

Между тем всякий врач ежедневно видит в каждом пациенте не только организм, но личность, стремящуюся рационально направить свою судьбу, опираясь на свой жизненный опыт, ценности и обязательства, которые он на себя наложил, на опыт социума, членом которой он является. И не считаться с этим фактом врач не может. Это значит, что каждый врач пользуется некой *психофизической* моделью индивидуальной природы каждого пациента. Любой пациент *желает оставаться* здоровым, если он здоров, или *желает вернуть* свое здоровье, если болен. Он движим субъективным желанием оставаться физически и психически здоровым, если он здоров, или восстановить психическое и физическое здоровье, если болен. Здоровье как предмет интересов каждого пациента, стало быть – внутренне переживаемого им стремления, составляет в некотором смысле психофизическую гармонию, или если хотите, *совершенство* состояния его текущей природы. Едва ли можно найти человека, который, будучи в здравом уме, не желал бы себе здоровья, следовательно – явно или неявно не *стремился* к нему. В этом смысле Ламарк с точки зрения врача был абсолютно прав, выдвигая концепт «стремление к совершенству», что позволило ему сосредоточиться на индивидуальной адаптации как главном эволюционном эффекте. В его теории объектом эволюции фактически был онтогенез, возглавляемый психикой, что и делает индивид субъектом онтогенеза. В теории же Дарвина объектом эволюции оказался филогенез, понятый только как следствие естественного отбора онтогенезов. При дарвиновском подходе мысль неизбежно отвлекается от субъективной жизни индивида. В какой-то мере это сужение поля восприятия эволюционной идеи в рамках дарвинизма и неodarвинизма как биологических теорий. Представление о внутренней природе поведения, основанного на стремлении к выживанию индивида, неodarвинизм ограничивает генетической парадигмой: поведение считается детерминированным генетически. Генетическую же парадигму олицетворяет «центральная догма молекулярной биологии». Согласно этой догме генетическая информация передается от ДНК к РНК и далее воплощается в структуру белка, и эта структура в рамках неodarвинизма мыслится как фенотип - объект естественного отбора. Индивид со своей субъективной природой, выбирающий линию своего поведения в зависимости от текущих обстоятельств, с которыми он считается (*в соответствии со своим разумением*), вновь остается лишь объектом эволюционного процесса, а не субъектом, который в ходе онтогенеза стремится поддерживать свою жизнеспособность, используя эволюционный опыт, фиксированный в его геноме. Но наряду с генетически определенной фиксацией его присутствует и неопределенная фиксация, которая не предусматривается работающими генетическими кодами. Генетические коды, особенно в том, что касается детерминации поведения, не фиксированы однозначно и предполагают довольно широкий спектр возможностей для перекодировки: использование фенотипа в существенной мере неопределенно и связано с тем, как индивид воспринимает и субъективно переживает себя и текущие обстоятельства. То есть связано с сознанием, или если этот термин не нравится, то чем-то подобным сознанию, неким его чувственным эквивалентом.

Таким образом, две теории характеризующие эволюцию с двух разных, но дополняющих друг друга ракурсов, дают представление о едином филогенетическом процессе как процессе эволюционно-онтогенетическом. Дарвинизм сосредоточился на филогенезе, понимаемом как следствие только естественного отбора, некоторым *определенным* образом фиксирующего механизмы онтогенеза (формирования фенотипа) в генетическом материале индивида. Ламаркизм же был сосредоточен на филогенезе, представляемом как следствие субъективного онтогенетического выбора индивидом своего поведения, способа, которым он использует свой текущий фенотип, фиксированный на *определенностях* и

неопределенностях структурирования и функционирования в ходе онтогенеза генетического материала. Понятно, что речь не идет об определенной и неопределенной изменчивости в смысле Дарвина, ибо в нашем случае неопределенность изменчивости связана с субъективным выбором индивидом своего текущего поведения, и из бесконечной цепочки таких субъективных выборов складывается онтогенез индивида. Мутации же определяются неопределенным влиянием факторов внешней среды на генетический материал.

Таким образом, филогенез правильнее было бы рассматривать в двух проекциях: 1) с одной стороны он представляет собой непрерывную череду онтогенезов, внутри которых индивид действует как субъект, выбирающий линию своего поведения; 2) с другой – непрерывную череду воспроизводства наследственного материала под влиянием определенной и неопределенной его изменчивости. Неодарвинизм (который следует из тех же биологических оснований, что и биомедицинская парадигма) представляет эволюцию главным образом как непрерывную череду отбора наследственного материала, преобразуемого мутациями. Физиологическая генетика, которая интересуется функционированием и преобразованием генетического материала в клетках развивающегося в ходе онтогенеза индивида, неопределенным влиянием факторов внешней среды на генетический материал, не очень интересует и поныне ныне. Поэтому неопределенности в том виде, в каком он ныне существует, не под силу усвоение уроков проекта «Геном». Для неопределенности физиологическая генетика представляется как процесс дифференцировки и мутации *соматических клеток*. Генетика интересует его главным образом с точки зрения того, что и как происходит по линии гамет, чья определенная и неопределенная изменчивость прямо влияет на судьбу филогенетической траектории, которую индивид представляет. Дарвин же, похоже, ясно сознавал, именно физиология развития даст ответ на вопрос о роли онтогенеза в эволюции. Видимо, подобные мысли и подвигли его к созданию гипотезы Пангенезиса⁶⁴, хоть как-то объясняющую передачу наследственной изменчивости потомству по линии гаметогенеза. Создания этой гипотезы требовала внутренняя логика самой теории естественной селекции. Но надобности в такой гипотезе нет, если учесть, что фенотип непосредственно вовлекается в конфигурирование естественного индивидуального отбора через субъективный выбор индивидом линии поведения, сводимый к выбору использования им гено-фенотипически неопределенной конструкции своего тела, которой он располагает в каждый текущий момент своего онтогенеза. Понятие «фенотип», очевидно, должно выражать структурно-функциональное единство генетических и фенотипических структур каждого живого индивида, чье функционирование конституируется «ядром самоорганизации» живой телесности – мозгом, и зависит этот процесс от характера восприятия и переживания им восприятий собственной телесности (фенотипа) и внешних обстоятельств, с которым текущий фенотип непосредственно связан.

Медицину интересует именно индивид, его онтогенез, то, как тот поддерживает свою индивидуальную жизнеспособность, чем и является здоровье. И врачей не сильно воодушевляет идея эволюции на основе принципов неопределенности, фактически, по замечанию одного биолога, рассматривающего живые индивиды как «мешки с яйцами и спермой». А вот идеи эволюции по Ламарку, интересующейся онтогенезом, им вполне были бы по вкусу. Пусть и неявно, но для врачебного мышления более естественной выглядит не *эволюционная парадигма неопределенности*, делающая упор на самом отборе, а *эволюционно-онтогенетическая эпистемология*⁶⁵, рассматривающая каждое текущее состояние сложной природы любого индивида как момент онтогенеза, в котором испытывается способность его применять эволюционные наработки предков, скрытые в его «определенно-неопределенном» фенотипе, для лучшего выживания. Можно понять сомнение относительно научной ценности идеи о стремлении живых индивидов непрерывно *упражнять* свои органы, поскольку опыт людской, скорее, говорит о том, что природная лень человека часто намного

⁶⁴ Дарвин Ч., Соч., Т.4. С-723-758., 1951.

⁶⁵ Кутлумуратов А.Б., 2106.0012v1.

сильнее любого стремления к упражнениям. Но в том, что каждому человеческому индивиду присуще стремление сохранить свое здоровье, врачи вряд ли усомнятся. Здоровья желают все. Поэтому естественно оценивать здоровье в терминах совершенства жизнеспособности, и стремление к такому совершенству понятно каждому, пусть даже природная лень часто мешает реализации этого стремления.

Сказанное выше можно считать некой формулировкой эволюционно-онтогенетической версии психофизической модели клинической медицины. Из нее, как мне представляется, следует, что эволюционная парадигма клинической медицины должна основываться не столько на концепте естественного отбора, сколько на медицинском аналоге концепта внутреннего стремления индивида к совершенству (по Ламарку), дополненного идеей естественной селекции. Таким аналогом любой врач охотно посчитает стремление каждого человека сохранить свое физическое, психическое и социальное благополучие – здоровье (если он здоров) или восстановить это благополучие (если он болен).

Эти соображения в дополнение к онтологическим и эпистемологическим соображениям касательно клинической медицины, высказанные мной ранее^{66,67}, на мой взгляд, позволяют принять эволюционно-онтогенетическую парадигму клинической медицины. Частным вариантом ее является эволюционно-онтогенетическая парадигма клинической онкологии.⁶⁸ Врач, имея дело с каждым пациентом, профессионально сопереживает ему и, действуя в интересах его здоровья, временно вовлекает себя в уникальный онтогенетический процесс, который тот стремится снова возглавить, вернув себе здоровье. Онтогенез сопровождается непрерывной модификацией фенотипа как сложной психофизической природы индивида, поскольку в этом процессе участвует сознание (природная суть которого, очевидно, будет уточняться). Иными словами, каждый текущий акт сознания индивида как бы запускает очередной шаг развития текущего фенотипа: он либо поддерживает прежний фенотип, либо модифицирует его.⁶⁹ Следовательно, акты сознания индивида как бы конфигурируют текущий режим естественной селекции с участием этого индивида. При этом избирательно используется эволюционный опыт его предков, как бы воплощенный в его наследственный материал, с учетом текущих обстоятельств. Избирательное использование генов (с учетом феноменологии восприятия текущих обстоятельств) по ходу онтогенетической реализации их в текущем фенотипе и есть функция сознания.

Высказанное выражает суть эволюционно-онтогенетической эпистемологии. Она, как это нетрудно видеть, вполне остается в русле этических парадигм клинической медицины, выраженных, в частности, еще в «Клятве» Гиппократов. Представляется, что врачебное сообщество охотнее воспримет идеи эволюционной медицины, если они будут формулироваться в терминах эволюционно-онтогенетической парадигмы, а не сугубо дарвинистской эволюции.

Вместо заключения

Врачевание каждого пациента – следствие и уникального сочетания знаний и опыта врача и особенностей каждого клинического случая с одной стороны, и «почерка» регулирования здравоохранением врачебных практик с целью достижения интегральной его эффективности на всех уровнях организации в интересах обслуживаемого населения – с другой. Врач добивается *индивидуации* хода врачевания каждого пациента в каждом клиническом случае. В этом заключается специфика эпистемологии клинического мышления. Инновационные исследования, собственно говоря, и составляют «ядро» медицинской науки, призванную в первую очередь оценивать эффективность применяемых врачебных технологий на уровне популяции, обслуживаемой на разных уровнях организации здравоохранения. Каждый врач решает вопрос об уместности применения любых научных

⁶⁶ Бекчан А. (Кутлумуратов А.Б.), 1997.

⁶⁷ Кутлумуратов 1) 1604.0206v3; 2) 2001.0576v1; 3) 2106.0012v1; 4) 2203.0133v1.

⁶⁸ Кутлумуратов, Хайтбаев. 2109.0075v1.

⁶⁹ Любой процесс формирования фенотипа можно описать в термодинамических терминах, например, рассматривая фенотип как следствие поддержания определенного режима диссипации энергии.

разработок в отношении каждого больного в каждом клиническом случае. Врачу тем легче принять решение, чем лучше национальная система здравоохранения способна отслеживать эффективность используемых в стране врачебных технологий на популяционном уровне.

Медицинская наука в своем развитии опирается, в конечном счете, на врачебные практики. Следовательно, потенциальным «ядром самоорганизации» медицинской науки в любой стране является система здравоохранения. Система здравоохранения, способная регулярно и адекватно отслеживать результаты врачевания на популяционном уровне, создает условия для развития прикладных и фундаментальных медицинских исследований, способствуя этим конкурентоспособности национальной медицинской науки. Заодно и развитие национальных медицинских школ направляется текущими интересами здоровья населения страны.

Устойчивость общества определяется его способностью воспроизводить здоровье нации путем адекватного регулирования деятельности медицинских и социальных практик, в частности, адресными экономическими вложениями, и выражается она показателем ожидаемой продолжительностью жизни (ОПЖ). Экономический потенциал воспроизводства страны выражают макроэкономические показатели - валовой внутренний и валовой национальный продукт (ВВП и ВНП) на уровне страны, и валовой региональный продукт (ВРП) - на уровне региона. При благоприятном развитии процессов воспроизводства здоровья нации корреляция между региональными показателями ОПЖ и ВРП нарастает, что можно считать основным социально-экономическим ориентиром в медицинских научных разработках.

Каждый регион одной страны, где здоровье населения регулируется региональным здравоохранением, потенциально способен развивать собственную версию национальной науки и здравоохранения, сосредоточив внимание на обобщении опыта *инноваций* врачебных практик на популяционном уровне. Внимание же медицинского образования необходимо направить на совершенствование пропедевтики медицины, чья основная цель - индивидуация врачевания. Развитие практик инновационных исследований и индивидуации врачевания поспособствует интересу врачебного сообщества к *прикладным* и *фундаментальным* медицинским исследованиям, что усилит конкурентоспособность национальных медицинских школ в интересах каждого пациента, значит – всех жителей страны.

Цитированные источники

Dawkins R. (2004). Extended phenotype - But not too extended. A reply to Laland, Turner and Jablonka». *Biology & Philosophy* **19** (3): 377–396. Докинз Р. Расширенный фенотип. М.: Астрель: CORPUS, 2011.

Descartes Rene. Rules for direction of the mind. In John Cottingham, Robert Stoothoff, and Dugald Murdoch, editors, *The philosophical writings of Descartes*, volume 2. Cambridge University Press Cambridge, 1985.

Janicek, M., Hitchcock, D. L. (2004). *Evidence-based practice: Logic and critical thinking in medicine*. Chicago, IL: American Medical Association Press.

Kutlumuratov A.B. (2016) About an Intuition Primacy in the Clinical Medicine (Кутлумуратов А.Б. О примате интуиции в науке врачевания) (трактат №1) -; <http://viXra.org/abs/1604.0206.v3>.

Kutlumuratov A.B. (2020) Theses about main ontological and epistemological doctrine of clinical medicine in 21st century (трактат №2); <http://viXra.org/abs/2001.0576>.

Kutlumuratov A.B. (2021) *Medicine and General Ontology and Epistemology of Science* (Кутлумуратов А.Б. Медицина и общая онтология и эпистемология науки) (трактат №4); <http://viXra.org/abs/2203.0133v1>.

Kutlumuratov A.B. (2021) *Psychophysical non-duality is a basic principle of epistemology of clinical medicine*(трактат №3); <http://viXra.org/abs/2106.0012v1>.

Lewontin R.C., *The genetic basis of evolutionary change*. – Columbia University Press. New York - London. – 1974. (Левонтин Р. Генетические основы эволюции. М.: Мир. – 1978 - 352с.).

- Mayr E. The objects of selection // PNAS., March 18. - 1997, 94 (6), P. 2091-2094; <https://doi.org/10.1073/pnas.94.6.2091>
- Medicus G. (2011-2017) Being Human. Bridging the Gap between the sciences the body and mind. – Werlag fur Wissenschaft und Bildung – 2017). (Медикус Г. Быть человеком. Преодоление разрывов между науками о теле и науками о душе. / Пер. со 2-го англ. изд. – М.: Издательский Дом ЯСК, 2020. – 244с. 72.
- Montgomery K. (2006). How doctors think: Clinical judgment and the practice of medicine. New York: Oxford University Press. Peirce C.S. Collected Papers of Charles Sanders Peirce. Vols. 1-8. Cambridge MA, 1931-1958.
- Nesse R.M., Bergstrom C.T., Ellison P.T., Flierd J.S. e.a. Making evolutionary biology a basic science for medicine // PNAS, 2010.- V.107, suppl.1.– P.1800–1807. – <https://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.0906224106>.
- Nesse R.M., Stearns S.C. (2007) The great opportunity: Evolutionary applications to medicine and public health // Evolutionary Applications; Blackwell Publishing Ltd 1 (2008) 28–48; doi:10.1111/j.1752-4571.2007.00006.x
- Nesse, R.M. 2005b. Maladaptation and natural selection. The Quarterly Review of Biology 80:62–70.
- Peirce C.S. Collected Papers. Ed. by C. Hartshorne and P. Weiss; ed. by Arthur W. Burks. Vol. 1–8. Cambridge - Mass., The Belknap Press of Harvard University Press 1965-1967.
- Rose N. (2007) The Politics of Life Itself: Biomedicine. Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century. Princeton, New Jersey: Princeton University Press. p.372. ISBN 0-691-12191-5
- Sartre J.-P. Situations I. Paris, 1947, p.31-35.
- Shryock R.H. Empiricism versus rationalism in American medicine 1650-1950.//Worcester, Mass.: American Antiquarian Society, Proceedings., [v.79]., - May, 1969. P.99-150.
- Tarski A. The Semantic Conception of Troth and the Foundations of Semantics. // Philosophy and Phenomenologica Research, 1944, v. 4, n. 3, pp. 341–375.
- Астанинская декларация ВОЗ. Global conference on Primary Health Care/ Astana, Kazakhstan, 25-26 october. 2018.
- Балалыкин Д.А. Преемственность взглядов Гиппократ и Галена на природу организма человека. – История медицины, 2014, №4, С.89-184.
- Бекчан А. (Кутлумуратов А.Б.) Физическое тело человека (или непрочитанные лекции о полноте человеческой природы) - Ташкент: изд-во им. Абу Али ибн-Сино. - 1997.- 312с.
- Гиппократ. Сочинения в 3-х томах. – пер. с греческого В.И. Руднева. – М.: Государственное издательство биологической и медицинской литературы. – 1936-1944. 55
- Дарвин Ч. Выражение эмоций у человека и животных.- Под ред. Е.Н. Павловского.- Соч. в 9 тт., Т.5. - М.: Изд-во АН СССР. -1953.- С.681-920.
- Дарвин Ч. Изменение домашних животных и культурных растений. Гл. XXVII. Временная гипотеза пангенезиса. - Соч., Т.4. С-723-758. Под ред. Е.Н. Павловского.- М-Л.: Изд-во АН СССР. - 1951.
- Джемс У. Прагматизм. Новое название для некоторых старых методов мышления. Библиотека современной философии. - СПб – Изд. «Шиповник». – 2010 – 244с.
- Дильман В.М. Четыре модели медицины - Л.: Медицина, 1987.- 288с.
- Диоген Лаэртский. О жизни, учениях и изречениях знаменитых философов. Книга 8. (<http://psylib.ukrweb.net/books/diogen1/txt08.htm>)
- Ричард Докинз. (1976) Эгоистичный ген (The Selfish Gene) / Пер.: Н. Фомина. — Мир, 1993.— 318с.
- Закон Республики Узбекистан «О науке и научной деятельности», принятым Законодательной палатой 22 июля 2019 года и одобренным Сенатом 11 октября 2019 года. (Национальная база данных законодательства: 03/19/576/3970 от 30.10.2019 г.)
- Ибн Сина (Авиценна). Избранные философские произведения. «Книга о душе». (С.383-551) – Москва. Изд-во «Наука». – 1980 – 552с.
- Ибн Сина. Даниш-намэ. Сталинабад, 1957 (см., например, С.146—150 и С.238—240).
- Ибн Сина. Канон врачебной науки. Изд-во «Фан» УзССР, 1981.
- Карпов В.П. Гиппократ и Гиппократов сборник (вступительная статья): Гиппократ. Сочинения, Т.1. - перевод с греческого В.И. Руднева. – Государственное издательство биологической и медицинской литературы. - 1936, С.9-81. Кутлумуратов А.Б. (1997).
- Кедров Б.М. Классификация наук. Прогноз К. Маркса о науке будущего. — М.: Мысль, 1985. — 543с.

- Кликс Ф. Пробуждающееся мышление. У истоков человеческого интеллекта. Пер. с нем. Ред. Б.М. Величковского. – М.: «Прогресс». – 1983 – 302с.
- Кликс Ф. Пробуждающееся мышление. У истоков человеческого интеллекта. Пер. с нем. Ред. Б.М. Величковского. – М.: «Прогресс». – 1983 – 302с.
- Кропоткин П.А. Взаимная помощь среди животных и людей как двигатель прогресса / Предисл. А. Ю. Федорова; Вступ. ст. М. И. Гольдсмит; Прилож. Д. И. Рублёва. Изд. 2-е, доп.»: URSS, Книжный дом «ЛИБРОКОМ»; Москва; 2011
- Кутлумуратов А.Б., Хаитбаев Б.М. (2021) Об эволюционно-онтогенетической эпистемологии клинической онкологии; <http://viXra.org/abs/2109.0075v2>.
- Лебедев А.В. Фрагменты ранних греческих философов. Часть I. От этических теокосмогоний до возникновения атомистики. – Изд-во «Наука», М.: 1989. – С.330-414.
- Лебедев А.В. Эмпедокл // Новая философская энциклопедия: в 4т./ 2-е изд., испр. и доп. — М.: Мысль, 2010.— 2816с.
- Леви-Строс К. Первобытное мышление / Пер., вступ. ст. и прим. А.Б. Островского. — М.: Республика, 1994. — 384с.
- Лукьяненко В.П. «Антиплагиат»: панацея или очередная химера в сфере образования и науки? Образовательные технологии. - 2018, № 2. – С.12-31.
- Платкова Е.В., Бекчан А.Б. (Кутлумуратов А.Б.) Ожидаемая продолжительность жизни и рост валового регионального продукта в Республике Казахстан в 1997-2004 гг. // Транзитная экономика. - Алматы, 2007. - № 2. - С. 98-103.
- Платон. Теэтет. Соч. в четырех томах. Т.2, С.229-327 (152а)./ Под общ. ред. А.Ф. Лосева и В.Ф. Асмуса; Пер. с древнегреч.— СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та: «Изд-во Олега Абышко», 2007.- 626с.
- Поппер К. Логика и рост научного знания. Избранные работы. Пер. с англ. под общ. ред. И вступит. статьей В.Н. Садовского. М.: Прогресс. – 1983.
- Постановление Президента Республики Узбекистан от 3 август 2020 года № ПП-4796. (Национальная база данных законодательства: 04.08.2020 г., № 07/20/4796/1136; 15.01.2022 г., № 06/22/52/0029; 18.03.2022 г., № 06/22/89/0227; 10.06.2022 г., № 06/22/152/0507; 13.06.2023 г., № 06/23/92/0366).
- Пунчик В.Н., Пунчик З.В. Поликонтекстный анализ феномена «Плагиат» в информационном обществе // Социология. Дискуссия. — 2016. — №1. — С.83–91.
- Уайтхед А. Н. Избранные работы по философии. М.: Прогресс. - 1990. - 716 с.
- Хайдеггер М. Бытие и время / Пер. с нем. В. В. Бибихина — М.: Ad Marginem, 1997.