

Pragmatical Model of Development of the National Versions of Clinical Oncology

Atabek B. Kutlumuratov

Abstract

The pragmatic approach to development of national oncologic researches is discussed. *Population features of health* indicators are result of activities of physicians of various profiles, and express different "profiles" of health of population served by doctors. Any disease implies specific interaction (complementarities) between genotype and ecological factors involved by life-style of individuals, and that is determining the psycho-physiological nature of health of each local population. In particular, stratification of an oncologic profile of health is connected with the population features of psycho-physiological causes (complementarities) of health, and monitoring of this structure can open reserves for development of local innovative, practical and fundamental researches in oncology. Regional cancer-registers can play a role of a special information basis of national innovative, applied and basic researches in oncology.

Keywords: Clinical oncology, a national science, doctoring, scientific research, a pragmatism, individual health, population health, the cancer-register.

РЕЗЮМЕ

к статье *Кутлумуратова А.Б.*

К ПРАГМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ РАЗВИТИЯ НАЦИОНАЛЬНЫХ ВЕРСИЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ

Рассмотрен прагматический подход к развитию национальных онкологических исследований. *Популяционная специфика здоровья* – результат деятельности врачей и интегрируется «профильным» здоровьем пациентов обслуживаемой врачами популяции. Любая болезнь подразумевает определенные взаимодействия (дополнительности) между генотипом и экологическими факторами, вовлеченными образом жизни людей, что предполагает психофизиологическую природу здоровья каждой популяции. В частности стратификация онкологического профиля здоровья связана с особенностями психофизиологических причин (дополнительностей), определяющих здоровье популяции. Отслеживая ее можно вскрыть резервы развития отечественных онкологических исследований не только инновационного характера, но и фундаментального и прикладного. Региональные канцеррегистры могут сыграть роль специальной информационной основы, на которую может ориентироваться в своем развитии отечественная онкология, развивая инновационные, прикладные и фундаментальные исследования.

Ключевые слова: Клиническая онкология, национальная наука, врачевание, научное исследование, прагматика, индивидуальное здоровье, популяционное здоровье, канцер-регистр.

К ПРАГМАТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ РАЗВИТИЯ НАЦИОНАЛЬНЫХ ВЕРСИЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ

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

PRAGMATICAL MODEL OF DEVELOPMENT OF THE NATIONAL VERSIONS OF CLINICAL ONCOLOGY

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

Введение. Популяционная специфика здоровья складывается из здоровья каждого члена популяции. С индивидуальной спецификой здоровья имеет дело врач в каждом клиническом случае, поскольку его работа заключается в индивидуации медицинского познания с учетом особенностей течения каждого клинического случая.¹

Еще в античные времена, по крайней мере, представители косской школы врачей, чьим ярким представителем был Гиппократ Великий, четко сознавали, что в каждом регионе мира действуют свои причины заболеваний, связанные с климатом, почвой, водными ресурсами и нравами и обычаями местного населения.² Расцвет этой школы совпал с распространением основной идеи софистов, согласно которой суть научного познания заключается не в постижении отвлеченной истины, а в извлечении выгод для человека.³ В Новое время эта мысль выразилась в прагматической концепции истины⁴, отличающей прагматизм от эмпиризма, поскольку первый, в отличие от второго, ничего не имеет против употребления абстракций, если те помогают лучше понять факты и действительно ведут к чему-либо полезному.⁵ Вместе с тем известно, что системам здравоохранения разных стран приходится делать различные акценты в решении проблем здоровья, поскольку каждая страна отличается не только популяционной спецификой здоровья населения, на которую указал еще Гиппократ, но и технологическим уровнем врачебных практик.⁶ Следовательно, развитие эффективности любого сектора здравоохранения в каждой стране предполагает приведение общезначимых врачебных знаний в соответствие с региональной спецификой здоровья населения. Именно с этим фактически и сталкивается каждый врач в повседневной практике, складывающейся из его стремления исследовать каждый отдельный клинический случай, чтобы максимально извлечь выгоды здоровью каждого пациента. Иными словами, врачевание не сводится к механическому применению технологий, а предполагает индивидуацию врачевания каждого пациента – подведению врачебных знаний и собственных навыков под индивидуальную природу текущего состояния каждого больного.

Данный трактат в целом преследует цель подчеркнуть, что перспективы развития отечественной онкологии связаны с инновационными, прикладными и фундаментальными исследованиями в контексте региональной стратификации онкологического профиля

¹ Кутлумуратов А.Б., 2016; Kutlumuratov A.B., 2020.

² См., например, Гиппократ. “ О воздухах, водах и местностях (С.275-306)

³ Лебедев А.В. Протагор.

⁴ Piers C.S., 1965-1967.

⁵ Джеймс В., (1910) 2010.

⁶ Лисицын Ю.П., 2002, 2.1.3.

здоровья популяции в целом и каждого жителя, обслуживаемого региональной онкологической службой.

О целях и задачах региональной организации здравоохранения. Для клинической медицины (науки врачевания) истина – синоним уместного применения врачом в каждом клиническом случае знаний и основанных на них технологий, которыми тот владеет. Вне этой уместности нет смысла говорить об истинности медицинских знаний и эффективности врачебных практик на популяционном уровне. Уже из этого факта следует, что понятия “здоровье” и “болезнь” не исчерпываются представлениями о среднестатистических характеристиках соответствующих состояний здоровья. За пределами этих характеристик всегда остается нечто неопределенное, смутно ощущаемое, но такое, без чего не обходится, ощущая себя здоровым или больным, каждый индивид, каждый человек. Для каждого сектора здравоохранения истина вступает в свои полные права, будучи лишь подтвержденной на уровне критериев эффективного воспроизводства здоровья обслуживаемой им популяции, то есть при эффективной *организации* соответствующих врачебных практик.⁷ Здесь приходится пользоваться представлениями о среднестатистической норме и среднестатистической специфике проявления нозологически различных болезненных состояний. В клинической же деятельности каждый врач опирается на фундаментальные и прикладные разработки медицины, стремясь к уместному применению известных ему теоретических знаний, опыта и навыков в интересах каждого больного – подвергает их индивидуации врачевания, считаясь со спецификой каждого клинического случая.⁸ Но при этом он явно или неявно учитывает ту самую популяционную специфику здоровья, которую отражает специфика проявлений здоровья и болезненных состояний в той популяции, которую он обслуживает. Во многом именно поэтому правы авторы, подчеркивающие, что медицина не сводится только к формулировке законов и теорий, ибо хорошему врачу кроме научных знаний нужен опыт, воображение, критическое мышление, умение проводить клиническое исследование и *интуиция*.⁹ Все они, так или иначе, в том или ином отношении направляют его профессиональным восприятием специфики здоровья той популяции, которую представляет каждый конкретный пациент. И если на прием к врачу явится пациент, представляющий другой регион, другую страну, он непременно должен будет учесть этот факт, чтобы довести индивидуацию его врачевания до нужной кондиции. Одной из основных задач здравоохранения является *организация* работы врачей всех профилей таким образом, чтобы они могли добиваться наиболее значимых результатов индивидуации врачевания, что неизменно положительно сказывается на среднестатистических характеристиках здоровья обслуживаемых популяций.

Здравоохранение - *организационная наука*, ее задача – *мобилизовать* врачебное и научное сообщество и население каждого региона страны на достижение максимального эффекта в охране здоровья. Управление охраной здоровья на уровне популяций опирается на представление об его динамической природе, выражаемой показателями ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ), заболеваемости, болезненности и смертности в различных их причинных и нозологических ипостасях, находящихся в центре внимания специализированных отраслей здравоохранения. Рождаемость и ранняя детская смертность - показатели биологического воспроизводства популяции, напрямую зависящие от здоровья. Смерть каждого живого существа – биологически неизбежное явление. Динамика же любой популяции определяется балансом между рождаемостью и смертностью, который связан с уровнем здоровья ее членов, в чем фактически интегрально и выражается то, что исследователи называют «качеством жизни».¹⁰ Цель здравоохранения - обеспечить

⁷ Бекчан А., Тулебаев К.А., 2005,2006.

⁸ Кутлумуратов А.Б., 2016; Kutlumuratov A.B., 2020.

⁹ Montgomery K., 2006.

¹⁰ В этом смысле существующие показатели «качества жизни» суть лишь специальный способ *количественной* оценки *качественного* понятия «уровень здоровья». В этом контексте и следует толковать

обслуживаемое медицинскими практиками население оптимальным здоровьем, оптимальной поддержкой его здорового воспроизводства. Успехи в достижении этой цели неизбежно выражаются в *отодвигании сроков наступления смерти*, что вовлекает врачебное сообщество в процесс удлинения сроков жизни членов обслуживаемой ими популяции и соответственно - увеличения ОПЖ. *Предотвратить* смерть врачу не дано, она неизбежна по естественным причинам. Но, регулируя каждый сектор здравоохранения, развивая соответствующие медицинские исследования, медицина влияет на баланс между рождаемостью и смертностью, способствуя тем самым становлению и развитию природы здоровья на популяционном уровне.

Здравоохранение поддерживает специальные врачебные практики, где каждый врач руководствуется профессиональным принципом «не навреди», тем самым негласно поддерживая тенденцию к сохранению и удлинению сроков индивидуальной жизни каждого пациента. Факт такого влияния выражен, в частности, в концепции *эпидемиологического перехода*¹¹.

Отступление. Демографический переход - транзит общества из состояния относительного равновесия между высокими уровнями рождаемости и смертности при минимальном технологическом и экономическом развитии и образовании (особенно - среди женщин) в состояние равновесия между низкими уровнями рождаемости и смертности через различные промежуточные стадии между этими двумя сценариями.¹² Могут предполагаться различные механизмы, служащие триггером для демографического транзита.¹³ В процессе демографического перехода меняется структура смертности: экзогенные причины смерти - воздействие факторов окружающей среды, в первую очередь - насильственные причины и инфекционные заболевания, сменяются эндогенными, связанными главным образом со старением или генетическими отклонениями в организме.¹⁴

Эффективное прогнозное планирование медицинских практик со стороны регионального здравоохранения предполагает с одной стороны регулярное слежение за текущим состоянием здоровья обслуживаемой популяции, с другой - мониторинг *непосредственного* эффекта от применения каждой медицинской технологии на популяционном уровне. Лишь такая прямая оценка их эффективности позволяет рационально осуществлять прогнозное планирование мер здравоохранения и адекватно толковать косвенные показатели здоровья – заболеваемость, болезненность, смертность, ОПЖ и др.

Важнейшими критериями эффективности применения технологий в каждом сектора здравоохранения является их *вклад* в успешную диагностику и лечение заболеваний на популяционном уровне и показатель ОПЖ обслуживаемой популяции. *Чем существеннее этот вклад, тем выше конкурентоспособность каждого сектора здравоохранения* на мировом рынке врачебных услуг. Но это не меняет того факта, что эффективность применения технологий в каждом секторе здравоохранения зависит главным образом от уместности их применения профессионалами каждого сектора. Эффективность применения технологий определяет и конкурентоспособность прикладных научных разработок отечественной медицины. Понятно, что эта эффективность может быть оценена только в контексте региональной специфики здоровья. Следовательно, контроль качества и эффективности и импортируемых, и разрабатываемых отечественных технологий должен быть под постоянным вниманием региональных специализированных учреждений здравоохранения, а их эффективность в масштабе страны - рассматриваться как интегральная

показатели «качество жизни по Карновскому», «качество жизни по ЕГОС ВОЗ» и т.п. Следовательно, никогда нелишнее смысловое дополнение и смысловая модификации общепринятых критериев здоровья с учетом региональной специфики природы здоровья населения.

¹¹ Omran A.R., 1971.

¹² Models of Demographic Transition....

¹³ 2012.

¹⁴ Omran A.R., 1971.

эффективность учреждений регионального уровня. В свою очередь, такой подход открывает перспективу и для мониторинга индивидуаций врачевания, что имеет фундаментальное значение для развития и врачебного образования, и врачебных практик.

Любой новый клинический стандарт находит путь в практику через *инновационные* научные исследования, после чего осваивается врачами соответствующих специальностей, расширяющих его применение до уровня страны, а их региональный эффект становится объектом *прикладного* научного исследования. Ни одна *прикладная* научная разработка в сфере клинической медицины не может считаться логически завершенной, если ее эффективность не отслежена на уровне обслуживаемой популяции, представляющую собой *генеральную совокупность*, которую должна выражать всякая исследованная *выборка*. В свою очередь любая *фундаментальная* научная разработка в сфере клинической медицины успешно переходит на этап прикладных исследований лишь в случае, если этот переход концептуально увязан с принципами врачебного мышления и спецификой формирования здоровья обслуживаемой популяции. Следовательно, любые приоритетные направления национальной медицинской науки, в конечном счете, определяются текущим состоянием практик здравоохранения и текущим уровнем здоровья обслуживаемого ими населения. Поэтому, методологически грамотно организуя текущую практику мониторинга эффективности используемых медицинских технологий, каждый сектор здравоохранения неизбежно оказывается способным контролировать приоритетную тематику прикладных исследований. Решая же прикладные задачи, отечественная медицинская наука неизбежно затрагивает фундаментальные проблемы, получая тем самым стимул к новым разработкам.

О проблеме рака. Одной из перспективных, но не развиваемой в должной мере, идей в области клинической онкологии является концепция монопатогенетической и полиэтиологической природы рака.¹⁵ Представляется, что, хотя о ней нередко упоминают, она не всегда адекватно толкуется.¹⁶ С пониманием сути полиэтиологической природы рака особых проблем нет, чего нельзя сказать о монопатогенетической природе рака. Дело в том, что само понятие патогенеза заболевания несколько запутано. Если понимать под патогенезом рака траекторию реализации биологических «механизмов» в организме в ходе развития этого заболевания, что ныне обычно как бы и подразумевается, то понятие «монопатогенетический» в отношении природы рака уже теряет смысл. Ибо современные данные ясно свидетельствуют, что в генезе рака в каждом организме реализуются определенные механизмы. То есть говорить о неких *универсальных* механизмах рака можно только условно. Природа рака, как и любого заболевания патогенетически индивидуальна. Но уместность терминов «монопатогенетический» и «полиэтиологический» в отношении генеза рака не вызывают сомнений, если иметь в виду *психофизический* контекст природы заболевания. Психика каждого индивида как бы «заточена» на цель сохранить свое здоровье, тогда как реальная траектория, на которых она реализуется, заполнена *этиологически* различными (полиэтиологическими) причинами – в той или иной мере, в том или ином отношении монопатогенетически организуемыми самой индивидуальной природой больного. Впрочем, сам автор концепции монопатогенетической и полиэтиологической природы рака не развивал психофизического толкования этой гипотезы, как и вообще любых иных «главных» и «неглавных» болезней человека. Мне кажется, что именно результатом этой его неготовности к психофизической эпистемологии медицины и стала развитая им четырехкомпонентная модель медицины. Однако каждый врач интуитивно, желая того или

¹⁵ Дильман В.М., 1983.

¹⁶ Собственно говоря, именно *неготовность* авторов адекватно толковать ту или иную концепцию часто и является главным заслоном развития отечественной науки. Предпочитаю говорить именно о неготовности, а не о профессиональной *неспособости*, поскольку реализация любой профессиональной способности предполагает готовность каждого автора добросовестно воспринять идеи другого. Причины неготовности лежат в социально-психологической сфере, нередко препятствующие реализации наших профессиональных способностей.

нет, пользуется унитарной психофизической моделью медицины, которой фактически следовали врачи с времен Алкмеона, Гиппократ и Галена, но которая в четкой форме была сформулирована Авиценной. И лишь неготовность врачебного социума новоевропейской науки привела к отходу от этой генеральной линии клинической медицины, наметившегося после разделения наук о теле и наук о душе.¹⁷ Этот отход усилился после создания Клодом Бернаром экспериментальной медицины¹⁸, хотя сам Клод Бернар, кажется, все еще оставался врачом Нового, а не Новейшего времени. Но особенно мощным этот отход стал после формулировки идеи гомеостаза Уолтером Кенноном, после чего биомедицинская парадигма фактически стала основной направляющей идеей медицины, понимаемой как наука. В наиболее емкой форме биомедицинскую трактовку медицинской науки выразил, пожалуй, В.М. Дильман, которому принадлежит четкая формулировка концепции *единства сохранения и отклонения от гомеостаза*, которая фактически и стала основой его гипотезы о четырех моделях медицины (генетической, экологической, аккумуляционной и онтогенетической).¹⁹ Следует отметить, что сформулировав последнюю, ее автор сознавал, что должна существовать психосоматическая модель медицины.

В клинической медицине после Клода Бернара, и особенно - после Уолтера Кеннона, сложилась печальная ситуация: биомедицинская парадигма постепенно оттеснила психофизическую, подменяя всю эпистемологию официальной медицинской науки, и клиническая медицина оказалась низведенной некоторыми авторами до статуса потребителя биомедицинских знаний.²⁰

Во времена Гиппократ и Галена, когда были сильны позиции школ древнегреческих софистов и римских скептиков, провозгласивших практические интересы человека единственным оправданием познания, именно клиническая медицина считалась синонимом научной медицины, выполнявшей роль ее «ядра». В эпоху мусульманского Ренессанса усилиями Фараби («второго учителя» после Аристотеля) и таких великих врачевателей и философов, какими были ар-Рази (Разес) и Ибн Сина (Авиценна), идея клинической медицины была дополнена *психофизической моделью природы человека*, что открыло для профессиональных врачей путь к достижению психофизической полноты индивидуации врачевания в каждом клиническом случае.²¹ Если бы Декарт жил в эпоху мусульманского Возрождения, то едва ли был принципиально озабочен так называемой *психофизической проблемой*, а решал ее исключительно прагматически, считая единственным ее решением принцип психофизического взаимодействия, как и Авиценна. Для философии же эта проблема существует лишь постольку, поскольку она исключительно имеет дело с исходной дихотомией реальности на сознающее бытие и бытие сознаваемое. Европейская наука пошла фактически путем подчинения философскому восприятию реальности. Видимо, именно это привело к разграничению наук о теле и наук о душе.²² Открытие клеточной природы живых организмов, создание механики Ньютона и корпускулярной теории вещества, становление химического направления в биологии столь впечатлили научный мир, что редукционизм стал едва ли не единственным принципом объяснения вещей. На этом фоне клиническая медицина, развивавшаяся как самостоятельная наука со времен Гиппократ и Галена²³,

¹⁷ Медикус G., 2011-2017.

¹⁸ Мне представляется, что сам Клод Бернар все еще мыслил в рамках психофизической эпистемологии медицины. Для него его собственное эпистемологическое детище (в первую очередь, понятие «внутренней среды организма»), скорее, было уточняющим дополнением к этой генеральной эпистемологии медицины, с учетом теории клеточной патологии Р. Вирхова. Но едва ли он мог предполагать, что идеи Уолтера Кеннона далеко уведут клиническую медицину о собственной эпистемологии в область биомедицинской, которая почти до начала 21 века будет безраздельно господствовать в клинической медицине как науке врачевания.

¹⁹ Дильман В.М., 1987.

²⁰ Дильман В.М., 1987; Rose N., 2007.

²¹ Kutlumuratov A.B., 2021.

²² Medicus G., 2011-2017.

²³ Балалыкин Д.А., 2014.

осваивавшая психофизическую эпистемологию со времен Авиценны²⁴, стала терять свой самостоятельный статус науки в глазах мировой научной общественности. Разумеется, врачи не обращали особого внимания на это обстоятельство. Они продолжали охотно заимствовать подходящие для их профессиональных нужд идеи и эмпирические наработки биологов, биохимиков, физиков и др. Среди таковых идея «механизмов» живого оказалась наиболее востребованной клинической практикой и фактически легла в основу модели экспериментальной медицины и физиологии, предложенной Клодом Бернаром примерно в середине 19-го века. Эта идея лежит поныне в основе биомедицины, укрепляя укоренившееся заблуждение идеологов самых разных научных направлений, в соответствии с которым клиническая медицина является-де практическим *приложением* биологии. Это заблуждение было свойственно и одному из крупных патологов второй половины 20-го века В.М. Дильману²⁵, создателю теории четырех моделей медицины, так и не сформулировавшего психосоматическую модель. Четыре предложенные им модели медицины выглядят в его системе как некие отдельные фундаментальные «механизмы», каждый из которых и различные их сочетания олицетворяют нозологическое многообразие заболеваний человека, включая так называемые «главные болезни человека».

Отступление: О специфике карьеры врача эпохи биомедицинской парадигмы. Очевидно, лучшей демонстрацией такого опыта может быть собственная карьера, о которой легче рассказать. Обучаясь в медицинском вузе, параллельно я изучал физико-математические, биологические и философские дисциплины, выходя за пределы программы, предусмотренной для студентов медицинских вузов СССР. Возможно, это стало причиной невольного сопоставления мной парадигм, используемых этими науками. Еще на первых курсах обучения стал сознавать, что с официальной клинической медициной происходит нечто неладное. С одной стороны студентов учили мыслить «физиологическими и биохимическими механизмами» явлений, наблюдаемых в организме больного и здорового человека, к которым стремились редуцировать клинические факты, а с другой, уже при изучении анатомии и физиологии человека студентов стремились приучить *клиническому мышлению*. Уже в самой формуле «мыслить у постели больного» заключалась специфика клинического мышления, резко отличавшая медицину от других наук, явно исповедовавших редуционистские парадигмы. Но обескуражило равнодушие преподавателей к противоречиям, возникающим между редуционистским мышлением, на котором базировалось биологическое, химическое, физическое знание с одной стороны и психофизическим по своей сути клиническим мышлением, к которому призывали преподаватели - с другой. При этом особенно часто они повторяли тезис «не забывать о влиянии коры головного мозга на внутреннее хозяйство». Но о том, как именно принимать это во внимание в клиническом суждении, никто не уточнял. «Вас эти противоречия не должны волновать как будущего врача. Ваша задача – лечить больного», - неизменно отвечали они на мои вопросы. Я спрашивал себя: «Как же я могу *заранее* знать, что именно тот механизм, которым я хочу воспользоваться в ходе врачевания пациента, является именно тем механизмом, которому наблюдаемый клинический случай соответствует?» Подобные вопросы возникали на занятиях каждого цикла клинических дисциплин уже на третьем курсе обучения. Ответы преподавателей были один интересней другого: каждый говорил с той позиции, которая олицетворяла ту клиническую дисциплину, которую тот представлял. Самый поучительным я признал ответ, который может показаться на первый взгляд витиеватым. Не ручаюсь за буквальную точность его воспроизведения, но звучал он примерно так: «Никак не можете. Вам придется научиться доверять знаниям более опытных врачей, у которых за плечами есть собственное кладбище, критически воспринимать медицинскую литературу, собственные знания и наблюдения и верить, что ваше кладбище не будет удручающе большим, если вы научитесь добросовестно выбирать ваши профессиональные решения, думая о своих больных». Говоривший все это преподаватель добавил: «В медицине действует только один закон: то, что помогает пациенту, то и истинно». В этом ответе как бы собрано воедино все то, что слышал от других врачей и преподавателей. Меня он полностью удовлетворил только как будущего *практического* врача, подтвердив заодно все то, что к тому времени я успел вычитать в трактатах

²⁴ Кутлумуратов А.Б. 2016, 2022, 2024..

²⁵ Дильман В.М., 1987

трехтомника «Избранные книги» Гиппократ (1936-1944 гг.).²⁶ Но четкую характеристику медицины как *практической науки* я нашел лишь в пятитомном издании (1954-1960 гг.) «Канона...» Авиценны: в самом начале 1-ой книги Авиценна подчеркнул, что *и практическое врачевание, и теория медицины суть две части единой медицинской науки*. Здесь же он отметил, что нельзя путать философское восприятие медицины с восприятием ее как врачебной науки, критикуя в этом отношении своих предшественников, включая Галена. Это напоминало утверждение врачей косской школы из «Корпуса Гиппократ» о том, что у медицины своя любовь к мудрости, то есть своя философия. Ответы же врачей и преподавателей свидетельствовали об их согласии с утверждением, будто медицина суть *практическое приложение биологии*. Создалось стойкое понимание того, что они не видят противоречий только потому, что погружены в специфику стихийно сложившегося их профессиональное мышление и не замечают тех акробатических скачков, которое их мышление совершает, когда они рассуждают над научными текстами, и тем, что как мыслят, наблюдая конкретного больного. Это единственно объяснение того, почему так называемый «индивидуальный подход», о котором часто говорят преподаватели, заявляют выступающие с научных трибун медики, так и не стал реальным объектом исследований. Он всегда предстает лишь как некое «общее место» в научном обсуждении медицинских проблем. Причем, даже авторы, специально берущиеся обсуждать эту проблему, сами не замечают противоречий, которые они только усиливают. Вот типичный пример такой ошибки.

«Он (врач - АБК) не может подняться до *кажущихся* ему лишними теоретических обобщений, но *стать полноценным ученым* он также не способен, так как не знает, что ему делать с *разрозненными теоретическими сведениями*, которые медицинское преподавание черпает из разнородных фундаментальных наук (биологии, физики, химии и др.), рассыпая их по не менее разнородным клиническим дисциплинам». (Курсив мой - АБК)

Автор пал жертвой биомедицинской парадигмы, незаслуженно объявленной основной парадигмой научной медицины. Он уверен, что врач не может подняться до *кажущихся* ему лишними теоретических обобщений. Правда состоит в том, что они не кажутся ему лишними, а *становятся* лишними с его точки зрения в ходе клинического мышления. Автор уверен, что врач-де не способен *стать полноценным ученым*, так как не знает, что ему делать с *разрозненными теоретическими сведениями*. Уверен потому, что полагает, будто ему известно, что означает для врача быть «полноценным ученым», даже не задаваясь вопросом: каким именно ученым должен быть врач? Правда же состоит в том, что врач именно и поступает как полноценный ученый, когда из разрозненных сведений выбирает именно те, которые ему нужны в конкретном клиническом случае. Автор полагает, что преподаватель черпает сведения из фундаментальных наук и «рассыпает их по разнородным клиническим дисциплинам». Правда же состоит в том, что разнородные клинические дисциплины именно требуют от врачей и их преподавателей умения правильно «рассыпать» в них результаты биологии, физики, химии и др. Характерно, что автор, кажется, уверен в том, что медицина *не является* фундаментальной наукой, но таковыми он считает физику, химию и биологию. Очевидно, он полагает, что медицина, будучи практической наукой, не может быть фундаментальной. Здесь почти весь основной спектр ошибок почти всех современных медиков методологов, что избавляет меня от необходимости делать специальную ссылку на источник этой цитаты. Именно на подобное всеобщее заблуждение и обратил внимание еще почти 1000 лет назад Авиценна в своем великом «Каноне...»²⁷ перед тем как дать определение медицине как науке, включающей и практический, и теоретический разделы. Чтобы понять определение Авиценны, необходимо тщательно ознакомиться не только с «Каноном...», но и с другими его трудами.²⁸

Размышляя над определением медицины Гиппократ и Авиценны с одной стороны и тем, что подразумевала под медицинской наукой наша профессура, выражая позицию официальной медицины – с другой, я стал с беспокойством сознавать глубину различий между этими позициями задолго до окончания медицинского вуза. Это беспокойство не покидало меня до поздней весны 1982 года. Но одна бессонная майская ночь того года все расставило по своим местам. Я четко увидел, что практическая медицина *действительно* является наукой, если

²⁶ Точнее, то были трактаты, по крайней мере, часть которых могла принадлежать Гиппократу Великому.

²⁷ Ибн Сина. Канон врачебной науки. Изд-во «Фан» УзССР, 1981.

²⁸ См., в частности, Ибн Сина Даниш-намэ, С.146-150 и С.238-240 (1957), «Книга о душе». С.383-551 (1980).

принять во внимание два *очевидных* обстоятельства: 1) врач не просто использует биомедицинские теории, он *создает* теоретическое знание *ad hoc* для *каждого* клинического случая, толкуя все известное ему медицинское знание в контексте полного единичного клинического наблюдения за *конкретным* больным; 2) при этом врач использует в ходе врачевания каждого пациента (часто - не особенно задумываясь о том) *одну и ту же общую модель пациента*, включающую и психическую, и соматическую («организмологическую») составляющую его природы. С этого момента я стал воспринимать в контексте этих двух обстоятельств любые теоретические обобщения, с которыми встречался в клинической литературе и в ходе общения с коллегами. Любая статья, любая монография ясно представлялась мне единичным опытным обобщением их авторов, составлявшим лишь структурированную их восприятием часть опыта, которая поддавалась их профессиональному умению обобщать фиксированные ими клинические наблюдения. Все остальное, что они воспринимали в ходе наблюдения за больными, но не могли подвергнуть структурированию, было скрыто пеленой тайны не только от читателей, но и от них самих. Я впервые вдруг понял, почему всякое индивидуальное здоровье *нельзя* описать только в *позитивных* терминах фактов, структурирующих клиническое наблюдение, но *можно* дополнить *негативными* терминами того, что зафиксировать клиническими наблюдениями невозможно. То есть дополнить теоретически, если хотите - метафизически. Здоровье можно только переживать психофизически как состояние благополучия, которое обладает потенциально неопределенным числом измерений. Неопределенность как физическое понятие меня поразила еще тогда, когда я был учеником 10-го класса средней школы, увлекаясь квантовой физикой, представление о которой давала новая программа физики, по которой были написаны новые учебники. В студенческие годы идея физической неопределенности стала едва ли не главным предметом моего осмысления медицины. В этом ключе я тогда и воспринял отличие взглядов Алкмеона от прочих пифагорейцев, на которые лишь однажды сослался в своей «Метафизике» Аристотель. Стагирит, как потомственный врач, чей отец представлял книдосскую школу врачевания, едва ли случайно обратил внимание следующий момент²⁹: «Он (Алкмеон - АБК) утверждает, что большинство свойств, с которыми сталкиваются люди, образуют пары, имея в виду, в отличие от ... пифагорейцев, не определенные противоположности, а *первые попавшиеся*, например: белое— черное, сладкое — горькое, хорошее — дурное, большое — малое. Об остальных же противоположностях он *высказался неопределенно*, пифагорейцы же *прямо указали, сколько имеется противоположностей и какие они*» (курсив мой - АБК). Эти особенности метафизических взглядов Алкмеона, скорее, говорили о том, что он представлял не только пифагорейские традиции древнегреческой натурфилософии. Алкмеон был ярчайшим представителем кротонской школы врачевания, что несомненно накладывало свой отпечаток на его натурфилософские воззрения. Конечно же, как профессиональный врачеватель, он должен был много размышлять о неопределенной, таинственной части природы человека, с которым не может не считаться каждый внимательный врач.

Разумеется, в первую очередь, все эти переживания сказались и на восприятии мной онкологической проблематики, ставшей главным полем моей профессиональной деятельности. Ставя еще первые эксперименты на животных, я стремился моделировать их так, чтобы, помимо формулировки официальной цели их постановки (в соответствии с тематикой института онкологии и радиологии, где я работал), их результаты давали и ответы на вопросы, которые могли бы интересовать меня в рамках психофизической парадигмы. Ту же двойственную цель я преследовал и в клинических наблюдениях. Так продолжалось до 1987 года, когда я познакомился с капитальным трудом В.М. Дильмана «Четыре модели медицины», изучая который все яснее стал сознавать, что официальная *биомедицинская парадигма* является лишь неким маргинальным вариантом *психофизической парадигмы* клинической медицины как практической науки - науки врачевания. Мое внимание занял тот факт, что завершая эту книгу, автор отметил, что среди описанных им четырех моделей медицины не хватает «еще одной модели», которую он назвал *психосоматической*. Размышления над этой книгой помогли мне попутно понять, почему часто обсуждавшаяся тогда теория функциональных систем Анохина не соответствует клиническим нуждам и фактически заводит в тупик отечественную школу нейрофизиологии. Этому способствовал и так называемый «системный подход», набравший тогда силу в отечественной философии и ставивший *целелогание* во главу угла системогенеза.

²⁹ Аристотель. Метафизика. 986а,30-986б,5.

Между тем медицина веками ставила во главу угла *выгоду* для здоровья пациента. Бросалось в глаза, что выгода, связанная с выживанием индивида, сохранением или восстановлением его здоровья, суть нечто клинически более важное, чем цель, которую более или менее осознанно может преследовать профессиональный философ, биолог или физик. Соображение выгоды заставляют варьировать даже стратегическими целями, не говоря уже о целях тактических. Цель психофизически переживается как та или иная частная выгода для индивидуального существования организма. То есть цель - всего лишь частная форма переживания, в которую можно облечь выгоду, с которой связано ее достижение. Но фетишизация цели (на чем фактически и строится теория Анохина) имеет мало общего с пониманием сути выгод от сохранения и восстановления здоровья пациента. Клиническая медицина веками строилась и строится на прагматической философии, в основе которой лежит врачебное мышление, инициируемое и сопровождаемое *сопереживанием страждущему пациенту*. Профессиональная врачебная цель как бы задается *сопереживающему* клиническому мышлению врача интересами здоровья *каждого* врачуемого им пациента. Клиническое мышление заключается в непрерывном контроле его текущего состояния и цель врачевания считается достигнутым и завершается в тот момент, когда врачебное вмешательство становится излишним или вредным для больного.

На мой взгляд, психофизиологическая парадигма имеет большие шансы в развитии отечественной клинической онкологии, если оно будет основываться на выявлении нюансов фундаментальных взаимосвязей между опухолью и организмом в рамках инновационных и прикладных исследований, учитывающим специфику здоровья обслуживаемой популяции и индивидуальной природы каждого больного, раскрываемой в ходе *индивидуации его врачевания*.

На популяционном уровне специфика рака проявляется сильной вариацией в пространстве частоты всех форм и отдельных форм рака разных локализаций, о чём свидетельствуют и регулярные сводки Международного агентства по изучению рака по пяти континентам³⁰, и ежегодная онкологическая статистика в отдельной стране, не обязательно столь же географически обширной, как Россия.³¹ Подобные вариации часто рассматривают как выражение экологической вариации внешних причин их возникновения, которые, как полагают, приводят к возникновению четырех из пяти случаев всех онкологического заболевания.³² Но статистически надежно установлено, что этнические вариации частота рака разных локализаций, по крайней мере, *не меньше* территориальных, и наблюдается они при проживании разных этнических групп в пределах одной страны, одного региона, и даже в условиях одного крупного современного города.³³ Урбанизация, которая сильно коррелировала с частотами рака различных локализаций, не могла «перебить» этнические различия в частоте рака. Причем частота их в разных регионах оказалась обратно пропорциональной доле коренных жителей среднеазиатского региона. Эти факты позволяют заключить, что образ жизни каждой популяции определяет конфигурацию дополненности между экологическими и генетическими причинами рака, реализуемой в специфике культурной детерминации онкологического профиля здоровья каждого человека. По сути, такое заключение вполне в духе идей Алкмеона (в психофизической их интерпретации) о болезни как отклонении в балансе природных начал, чем и определяется природа каждого заболевания. Баланс, выраженный в дополненности экологических и генетических детерминантов здоровья, включая онкологический его профиль, очевидно, регулируется образом жизни популяций, и эта регуляция имеет психофизическую природу, что и сказывается на эффективности социальных практик, в том числе – врачебных.

Примем также во внимание, что наряду с сердечнососудистыми, цереброваскулярными, обменными, первичными и приобретенными хроническими иммунодефицитными состояниями и др., рак относится к *главным* заболеваниям человека, причинно сцепленным с

³⁰ WHO, IARC, <https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/tables>.

³¹ См., например, «Злокачественные новообразования в России в 2021 году» (2022).

³² Долл Р., Пето Р., 1981.

³³ Кутлумаратов А.Б., 1993; Кутлумаратов А.Б. с соавт., 2007.

закономерностями индивидуального развития и его продолжительностью.³⁴ Поэтому при всей специфике уникального клинического проявления рака у каждого больного, его генез индивидуально сочетается с таковым других заболеваний. Соответственно основная доля смертей ныне связана с неврологическими, кардиологическими и онкологическими причинами. Причем смерть больного любого специального “профиля” может наступить непосредственно от причин заболеваний другого “профиля”. С точки зрения любого семейного врача все отрасли здравоохранения тесно сцеплены друг с другом относительно причин развития, течения и исхода заболеваний всех “профилей”. Возможности, которые открываются для рационального сочетания стратегий охраны здоровья различных профилей в отдельном регионе, в частности, неврологического, кардиологического и онкологического профилей, я наблюдал в одной *многопрофильной* областной больнице, которой был переподчинен областной онкологический диспансер. Это переподчинение оправдывалось сугубо экономическими и управленческими соображениями. Но в дальнейшем нам удалось показать, что оно оправдано и с точки зрения выигрыша в вероятности трехлетней продолжительности жизни онкологических больных, которая напрямую не зависела от причин смерти онкологических больных.³⁵ Из этого вовсе не следует, что всюду нужно копировать опыт этого региона в сфере онкологии. Важно принять во внимание главное: контроль любого профиля здоровья населения регионов должен носить комплексный характер, охватывая различные “профильные” патологии. Специализированные же профильные учреждения здравоохранения, скорее, необходимы именно как опорные пункты комплексного регулирования эффективностью регионального здравоохранения. Соответственно и научные исследования в каждом секторе здравоохранения должны рассматриваться с точки зрения вклада каждого сектора в формирование ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) обслуживаемой популяции.

Упорство, с которым опухолевый процесс сопротивляется лечению, свидетельствует не столько о нехватке знаний о биологической природе рака, сколько о дефектах рациональной организации онкологических практик, что сказывается на способности их добиваться более значимых результатов на основе индивидуации лечения каждого пациента. Уровень развития клинической онкологии напрямую связан с умением врачей онкологического сектора здравоохранения уместно в каждом клиническом случае применять современные знания о природе рака, проводя индивидуацию лечения в каждом клиническом случае, и только в этом контексте воспринимая значение используемых ими медико-социальных и медицинских, в частности - клинических, стандартов. Индивидуация лечения является до сих пор почти не исследованным объектом регулярного мониторинга эффективности любого специального медицинского, в том числе – онкологического, обслуживания населения на уровне каждого региона.

О мобилизации регионального онкологического сектора здравоохранения для развития отечественной медицинской науки и врачебного образования (на примере Узбекистана). Специализированные медицинские учреждения обычно обслуживают определенный регион страны. Практика региональной стратификации отдельных секторов здравоохранения присуща большинству стран бывшего СССР. Например, в Узбекистане функционируют региональные филиалы профильных республиканских *научно-практических*

³⁴ Дильман, 1987.

³⁵ Для тех, кто склонен доверять профильным отчетам здравоохранения, замечу: эксперты знают, как составляются эти отчеты, и могут судить о степени их достоверности. Бывает, что буквально за один год «взлетают» официальные показатели отдельного сектора регионального здравоохранения, хотя объемы реально произведенных работ подозрительно невелики. На моей памяти случай «подскока» показателей кардиологического сектора здравоохранения одного из регионов РФ, где в отчетный период был введен в эксплуатацию Кардиоцентр. Видимо, какому-то чиновнику нужно было рапортовать «о положительных сдвигах» в кардиологическом профиле здоровья населения региона. Серьезный эксперт не станет сочинять несуществующее количество использованных врачебных технологий, подгоняя его под вождельный высокопоставленным чиновником «взлет» показателей профильной службы.

центров; к их числу относятся филиалы Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии Минздрава РУз (РСНПМЦОиР МЗРУз).

На приведенной здесь схеме представлена динамическая модель населения произвольного региона Узбекистана. Статистика народонаселения - точная наука, если следовать ее правилам и принципам. Но при желании под любую тенденцию в обществе можно подвести видимость статистического обоснования, манипулируя содержанием демографических понятий и реальными статистическими цифрами. Можно как угодно объяснить рождаемость и смертность. Но есть два важных момента, на коих держится любая правдивая теория народонаселения – факт рождения и факт смерти каждого конкретного человека. Скрыть эти факты ныне практически невозможно. Именно они позволяют более или менее правдоподобно контролировать на популяционном уровне многие демографические показатели. В том числе позволяют судить, пусть и косвенно, о технологической обеспеченности здравоохранения, причинной структуре динамики рождаемости, заболеваемости, болезненности и смертности. Используя динамическую модель формирования онкологической патологии на популяционном уровне, можно целенаправленно контролировать развитие технологической базы регионального филиала РСНПМЦОиР в интересах лучшего обслуживания населения. Но все это возможно лишь при хорошо налаженной демографической статистике и постоянной «обратной связи» между состоянием здоровья популяции и деятельностью филиала, осуществляемой практикой мониторинга эффективности используемых медико-социальных, медицинских, в том числе - клинико-диагностических, стандартов в контроле онкологических заболеваний на популяционном уровне.



Полноценная практика регулярного мониторинга эффективности контроля рака на популяционном уровне в условиях каждого региона предполагает оценку качества первичного диагноза, первичного лечения и долечивания в ходе диспансерного учета всех случаев онкологического заболевания, а также прямое отслеживание эффективности применения различных диагностических и лечебных технологий. Налаживание именно такого мониторинга ныне должно стать важнейшим направлением развития регионального, следовательно – отечественного, онкологического сектора здравоохранения. Исходными критериями эффективности диагностики и лечения рака должны стать вероятность минимум 5-летнего дожития и качество жизни онкологических больных на популяционном уровне. Вместе с тем это открывает путь контролируемому развитию благополучия населения,

интегрально выражаемому показателем региональной ОПЖ, корреляция которого с валовым региональным продуктом усиливается в период стабильного развития страны.³⁶

Применительно к онкологической службе региона “профильная” динамика популяции выглядит так, как показано на этой схеме. Структура ее может быть конкретизирована “профильными” региональными филиалами РСНПМЦОиР МЗРУз в отношении групп или даже отдельных нозологических единиц рака. Из схемы ясно, что конкурентоспособность отечественной клинической онкологии как основы национальной прикладной и фундаментальной онкологической науки определяется способностью региональных филиалов РСНПМЦОиР эффективно применять в онкологической клинике специальные технологии. Эта способность должна постоянно отслеживаться *непосредственно* по основным критериям эффективности (ОПЖ и качеству жизни “профильных” пациентов), сопоставляемым с *косвенными* показателями их эффективности – заболеваемостью, болезненностью и смертностью онкологических больных. Именно непосредственная оценка эффективности применяемых стандартов необходима в отношении и технологий, разрабатываемых в стране, и технологий, импортируемых извне. Лишь на этой основе можно рассчитывать на рост конкурентоспособности прикладных научных медицинских разработок и создавать рациональный спектр выбора импортируемых технологий. Каждый очередной результат оценки их эффективности может стать очередным стимулом развития отечественной прикладной фундаментальной онкологии и медицины и привести к укреплению здоровой конкуренции между региональными филиалами РСНПМЦОиР МЗРУз на пользу развития отечественной онкологической науки.

Непосредственный контроль эффективности технологий на популяционном уровне избавит региональные филиалы от излишней опеки со стороны головного РСНПМЦОиР МЗРУз, усилит их заинтересованную вовлеченность в инновационные, прикладные и фундаментальные исследования. Кадровый потенциал региональных медицинских практик окажется мобилизованным на развитие качества и эффективности своей деятельности на основе рационального освоения импортируемых наукоемких технологий и развития их отечественных аналогов.

В свою очередь клиническое мышление, направленное на индивидуацию врачевания каждого “профильного” (в частности, онкологического) больного³⁷ и опирающееся на региональную специфику общей модели популяционной динамики здоровья, станет важной опорой развития отечественного врачебного образования в любой стране.

Описанная модель развития отечественной онкологии предполагает особое внимание к архивному делу в медицинских учреждениях. Без должной наладки медицинского делопроизводства на основе архивного дела, четкой работы коллекторов медицинских документаций и их электронного сопровождения, в частности – без наличия связанных с ними региональных канцеррегистров, развивать национальную онкологическую науку и образование невозможно. Без всего этого отечественная наука и врачебное образование попросту будут вынуждены всегда плыть по течению мировых тенденций в науке и просвещении, не имея собственного фарватера на картах «научной навигации». Только на основе четко налаженного архивного дела и канцеррегистров возможен регулярный методологический анализ совокупной и региональной деятельности филиалов РСНПМЦОиР МЗРУз, систематизация и упорядочение всего потока медицинской информации, и, как следствие – успешное развитие медицинских научных исследований в каждом регионе и стране в целом. Канцеррегистры могут и должны задавать методологическую основу для развития клинической онкологии как дисциплины, на основе которой организуется медицинское, медико-социальное и социобиологическое решение проблемы рака в масштабе региона и страны в целом. В первую очередь речь должна идти о строгом налаживании бумажного и электронного архивирования данных карт стационарного больного (*история*

³⁶ Платкова Е., Кутлумуратов А.Б., 2007.

³⁷ Кутлумуратов А.Б., 2016, 2022, 2024; Kutlumuratov A.B., 2020, 2021.

болезни), амбулаторных картах, карт диспансерного контроля и извещений о случаях диагностики рака. Каждый филиал РСНПМЦОиР МЗРУз в силах организовать должным образом архивирование медицинских документов, а каждый врач заинтересован в том, чтобы развивать индивидуацию врачевания в каждом клиническом случае на основе грамотного ведения этих документов. Архивы – единственная реальная, материальная основа для развития конкурентоспособных отечественных клинических дисциплин.

Больные, взятые на учет с онкологическим диагнозом, попадают на учет в региональные филиалы РСНПМЦОиР МЗРУз по месту их постоянного проживания. Таким образом, текущая численность находящихся на учете больных выражают текущий поток больных, выявляемых онкологической службой в популяции региона. Формирующийся на популяционном уровне поток онкологических больных имеет свою вероятностную структуру, на нее оказывает влияние региональное здравоохранение, прежде всего – деятельность онкологического сектора. Без учета же вероятностной структуры формируемого потока онкологических больных на популяционном уровне невозможно статистически адекватно анализировать эффективность мер по онкологическому обслуживанию населения – профилактических и диагностических, а также клинического обслуживания выявленных онкологических больных и прогнозного планирования противораковых мероприятий.

Инновационные, фундаментальные и прикладные онкологические исследования в регионах (на примере стран СНГ). Решения, принимаемые на постсоветском пространстве системами здравоохранения, все еще базируются на *общих* показателях здоровья населения (ОПЖ, заболеваемость, болезненность, смертность и т.п.), которые лишь *косвенно* связаны с технологическим оснащением медицинских практик. Оценки качества оказываемой помощи определяется вкладом применяемых в профильных практиках здравоохранения технологий, что предполагает *непосредственное* отслеживание эффектов на популяционном уровне от применения как отечественных, так и импортируемых технологий.

Классическая модель инновационного цикла характеризует этапы создания новых технологий от рождения научной идеи до создания коммерческой продукции как линейный процесс, соответствующий конвейерному производству.³⁸ Но инновационные процессы носят нелинейный характер в рамках сетевых структур, что соответствует нелинейной модели инновационного цикла, включающей этапы освоения предшествующих идей, создания новации, разработки инновации, ее реализации в массовом продукте и конечное потребление.³⁹ С точки зрения здравоохранения, организующего медицинские практики, эффекты конечного потребления медицинских технологий оцениваются в виде показателей здоровья и качества жизни пациентов на популяционном уровне. Нюансы эффектов, непосредственно выявляемые в ходе применения отечественными медицинскими практиками технологий, являются поводом для модификаций идей, на которых базируются используемые технологии, и тем самым – запуска нового инновационного цикла на основе новых научных идей, новаций, разработок, их реализаций и потребления медицинскими практиками. Следовательно, нелинейная модель технологического развития, применима для текущего состояния отечественного здравоохранения, предполагает именно *непосредственное* отслеживание нюансов эффектов на популяционном уровне от применяемых медицинскими практиками технологий – как отечественных, так и импортируемых.

В современной научной деятельности различают три основные разновидности исследования - *инновационные, прикладные* и *фундаментальные*. В рамках отечественной медицинской науки они нелинейно связаны друг с другом, в том числе – в рамках отдельных секторов здравоохранения. В нашем случае речь идет о клинической онкологии.

³⁸ Godin B., 2006.

³⁹ Баринаева В.А., Земцов С.П., 2016.

Инновационные исследования. Инновационный процесс - ход превращения исследовательской идеи в товар или услугу. Уже из этого определения следует, что наличие технологии еще не превращает ее в товар или услугу. Любая медицинская технология должна пройти проверку на эффективность непосредственно *на месте* его предполагаемого применения и исходит из готовности не только медицинского персонала, но и всего «фона сопровождения» технологического процесса. Без этого даже самая хорошо отработанная и апробированная производителем технология не может эффективно применяться в стране-импортере технологии. Эффективность любых инноваций в практике специализированной клинической онкологии сводится к совершенствованию индивидуации диагностики рака, а на этой основе - индивидуации лечения и прогнозирования его эффективности на популяционном уровне.

Таким образом, основные результаты инновационных исследований сводятся непосредственно к...

во-первых, оценке эффективности технологий *профилактики, диагностики и лечения* рака, особенно – ранней, в рамках практики скрининга, диагностики и раннего начала лечения;

во-вторых, *прогнозу* уровня выявляемости рака в регионе (онкологической заболеваемости), особенно - на ранних стадиях, и эффективности их лечения;

в-третьих, к выявлению *нюансов эффективности* инноваций на популяционном уровне, специфических для региона, что может стать поводом для адресного формирования тематики прикладных исследований.

Прикладные исследования. Статистически надежно выявленные региональные нюансы эффектов от применения ранее освоенных технологий и технологических инноваций на популяционном уровне становятся поводом для создания *фальсифицируемых* гипотез прикладного характера. Скажем, применение лимфовенозного анастомоза одномоментно с проведением радикальной мастэктомии у больных раком молочной железы женщин дал на популяционном уровне гораздо больший эффект, чем в стране производителе: частота постмастэктомической лимфедемы, для профилактики которой была предназначена эта комбинация хирургических операций, оказалась почти в одиннадцать раз меньше, чем в контроле (при только мастэктомии). Эффективность такой операции оказалась даже выше, чем в стране разработчике этой идеи. Это послужило поводом для выдвижения рабочих гипотез, которые могут быть фальсифицированы специальными – прикладными исследованиями. Проверка их клиническими наблюдениями в ходе прикладных разработок может помочь в уточнении идей, легших в основе разработки данной технологии, а заодно - выявить и возможности для улучшения (модификации) этой технологии с целью улучшения результатов в стране разработчике ее идеи.

Результатами прикладных исследований, поводом для которых стали технологические инновации, могут быть...

1) улучшение эффективности применяемых технологий, создание улучшенных их модификаций на основе выявленных в ходе инновационных исследований нюансов природы явлений;

2) уточнение (нюансировка) фундаментальных представлений о природе явлений, лежащих в основе примененных технологий и выдвижение соответствующих рабочих гипотез по их уточнению.

Фундаментальные исследования. Они связаны, очевидно, с развитием фундаментальных представлений о природе клинически наблюдаемых явлений нормы и патологии на основе результатов *инновационных* и *прикладных* исследований.

Тот же лимфовенозный анастомоз, проведенный одномоментно с радикальной мастэктомии у больных раком молочной железы женщин, став поводом для выдвижения фальсифицируемых гипотез, может привести к постановке новых фундаментальных исследований и клинических наблюдений. Последние направлены на уточнение существующих представлений о природе явлений, легших в основу первоначальной идеи

разработки данной технологии. Результаты таких исследований сами могут стать поводом для уточнений или даже пересмотра представлений о природе этих явлений, а тем самым и для выдвижения прикладных идей, которые будут способствовать улучшению (модификациям) прежней технологии с целью достижения лучших результатов ее применения в стране разработчике ее идеи.

Результаты же фундаментальных разработок в области клинической онкологии могут выразиться в...

1) новых гипотезах относительно природы явления, которые могут быть сфальсифицированы новыми инновационными, прикладными и фундаментальными исследованиями;

2) поиске новых принципов, уточняющих прежние, позволяющих целенаправленно искать факты, которых не было прежде в опыте и клиническом наблюдении;

3) исследовании новых фактов и принципов и выведении следствий из них, на основе которых могут быть созданы новые технологии и/или усовершенствованы существующие.

Одной из интересных направлений отечественной онкологии может стать изучение редкого явления спонтанной регрессии опухоли, так называемого «синдрома Перегрини», не объяснимого применением нынешних методов лечения рака, основанных на хирургическом удалении основной массы опухоли, лучевом, химическом, термическом и прочих агрессивных воздействиях на нее. Значение этого явления состоит в том, что оно свидетельствует о существовании эндогенного контроля роста злокачественно новообразования^{40,41}. Оно свидетельствует также о неполноте гипотез, уподобляющих прогрессию рака микроэволюционному процессу на основе дарвинистского отбора на уровне популяций опухолевых клеток, что ставит онкологию перед задачей дополнить эту модель моделью эволюции по Ламарку.⁴² В этой связи, в частности, нами предложена эволюционно-онтогенетическая модель онтологии и эпистемологии рака.⁴³

Канцеррегистры как базис отечественной клинической онкологии. Любой естественный процесс организуется вокруг некоторого, стихийно складывающегося «ядра». Для медицинской науки «ядром» служат сами медицинские практики, деятельность которых регулирует система здравоохранения. Следовательно, и наука о здравоохранении, будучи наукой организационной, по определению занята оптимизацией деятельности медицинских практик в интересах обслуживаемого каждым сектором населения, является «ядром» медицинской науки в целом. *Лучшая организация здравоохранения там, где она рассматривается как ядро развития медицины как практической науки.* Для принятия адекватных решений по развитию медицинских практик здравоохранение должно поощрять развитие инновационных исследований, в рамках которых количественно и качественно отслеживаются выгоды применяемых врачами технологий. Грамотная организация таких исследований дает результаты, позволяющие целенаправленно развивать и отечественные прикладные исследования, проводя которые рано или поздно национальная наука начинает по-своему формулировать фундаментальные и инновационные проблемы. Следовательно, с точки зрения здравоохранения ошибочно ставить вопрос об уровне науки в прямую зависимость от фундаментальных исследований: каждый из трех типов исследования (инновационное, прикладное, фундаментальное) занимает свое достойное место в единой системе науки страны. Уровень научных разработок определяется их «научоемкостью», включающей и фундаментальные, и прикладные, и инновационные аспекты познания. В конечном итоге, лишь практика врачевания определяет приоритеты, коими должны руководствоваться медицинские организации страны, ставя перед собой исследовательские

⁴⁰ Rose J.P., 1996.

⁴¹ Кутлумуратов А.Б., 1992a, 1992b.

⁴² Там же.

⁴³ Кутлумуратов А.Б., Хаитбаев Б.М., 2021; Кутлумуратов А.Б. 2022; 2024.

задачи. Это соответствует и духу определения медицины как практической науки, данного великим Авиценной.

Фундаментальная проблема медицины - уместность применения технологий врачевания *в каждом конкретном клиническом случае*, напрямую связана с вопросом о сути *индивидуальной природы каждого пациента*, и она не может быть решена в рамках биологии и биомедицины. Только врачи встречаются в своей повседневной практике с этой проблемой с незапамятных времен, именно они осведомлены о ней лучше кого бы то ни было. Более того, эта проблема была в принципе решена еще в античные времена самими врачами, и это решение развил Авиценна до создания психофизической эпистемологии медицины как науки врачевания. Казалось бы, вполне практическая проблема уместности применения знания в ходе каждого врачевания, оказалась увязана с фундаментальной проблемой – об индивидуальной, психофизически организованной природе каждого человека.

Между тем эффекты инноваций от широкого их применения на *популяционном уровне* ныне в большинстве стран мира, за очень редким исключением, почти не контролируются, они как бы «растворены» внутри общих показателей здоровья - заболеваемости, болезненности, смертности и ОПЖ. Эти эффекты косвенно связаны прежде всего с ОПЖ - основным ориентиром принятия решений национальными организациями здравоохранения, и потому они дают лишь *косвенное* представление о *недифференцированном* «вкладе» многочисленных природных, социальных и экономических факторов на здоровье популяции с одной стороны, и мер, предпринимаемых здравоохранением – с другой. О реальном контроле эффективности практик здравоохранения мы по большей части *вообще* не осведомлены. Никакие монографии, в том числе - издаваемые IARC, в этом отношении практически ничего не проясняют.

Для того, чтобы представить себе степень неосведомленность здравоохранения о незадействованных резервах *прямого* (не *косвенного!*) вклада в здоровье населения страны всех применяемых технологий, достаточно сопоставить число медицинских технологий, внедренных в стране, с числом официально проведенных *рандомизированных* исследований их эффективности. Оценка непосредственного «вклада» в формирование показателей здоровья, вносимого применением каждого медицинского стандарта, должна и может стать регулярной практикой каждого учреждений здравоохранения уже сейчас. Любое медицинское учреждение, проводя вмешательства в здоровье обслуживаемого населения, объективно заинтересовано в *регулярной* оценке своего непосредственного «вклада» в его здоровье, чтобы, *целенаправленно* разрешая выявляемые “проблемы”, совершенствовать эффективность и качество обслуживания своих пациентов. Существующая же практика оценки деятельности учреждений здравоохранений во многом все еще несет на себе следы чистого администрирования со стороны управленческого аппарата здравоохранения, чьи решения принимаются не на основе прямых исследований на популяционном уровне, а косвенных показателей популяционного здоровья, в том числе и при решении о внедрении новых технологий. Для этого, разумеется, привлекаются эксперты, но и они делают предложения, не имея на руках прямых доказательств. Между тем каждый врач ныне заинтересован в технологиях самоконтроля, которые позволяли бы ему оценивать качество и эффективность своей работы по прямому «вкладу» в здоровье обслуживаемой им популяции.

Заключение

Развитие национальных онкологических исследований предполагает реализацию прагматического подхода к познанию. *Популяционная специфика здоровья* – результат деятельности врачей и конституируется в структуре «профилей» здоровья обслуживаемой врачами популяции. Любая болезнь подразумевает определенные взаимодействия (дополнительности) между генотипом и экологическими факторами, вовлеченными образом жизни людей, что предполагает психофизиологическую природу здоровья каждой популяции. В частности стратификация онкологического профиля здоровья связана с особенностями психофизиологических причин (дополнительностей), определяющих

здоровье популяции. Отслеживая ее можно вскрыть резервы развития отечественных онкологических исследований не только инновационного характера, но и фундаментального и прикладного. Региональные канцеррегистры могут сыграть роль специальной информационной основы, на которую может ориентироваться в своем развитии отечественная онкология, развивая инновационные, прикладные и фундаментальные исследования.

Цитированные источники

Galor O. (2005). "The Demographic Transition and the Emergence of Sustained Economic Growth" (<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/80187/1/481895825.pdf>) (PDF). Journal of the European Economic Association. 3 (2–3): 494–504. doi:10.1162/jeea.2005.3.2-3.494.

Galor O. (2011). Unified Growth Theory. Princeton: Princeton University Press. ISBN 9781400838868.

The Demographic Transition: Causes and Consequences - Cliometrica (Berl). 2012 Jan; 6(1): 1–28. doi:10.1007/s11698-011-0062-7.

Godin B. The Linear model of innovation the historical construction of an analytical framework // Science, Technology & Human Values. - Т.31, №. 6. - 2006. – P.639–667.

Kutlumuratov A.B. (2020) Theses about main ontological and epistemological doctrine of clinical medicine in 21st century. <http://viXra.org/abs/2001.0576v1>

Kutlumuratov A.B. (2021) Psychophysical non-duality as a basis principle of epistemology of clinical medicine. <http://viXra.org/abs/2106.0012v1>.

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.

Models of Demographic Transition [Biz/ed Virtual Developing Country]" (<https://web.csulb.edu/~gos sette/classes/g460/DemTrans4.html>).

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.

Omran A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. Milbank Memorial Fund Quarterly, 1971, 29: 509–538.

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 J.P. (1996) Spontaneous regression of cancer // Cancer Treatment Reviews – 1996. 22, 395-423.

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

World Health Organization. International Agency for Research on Cancer/ <https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/tables>.

Аристотель. Соч. в 4-х тт. Т.1. Ред. В.Ф. Асмус.- М.: АН СССР. – “Мысль”, 1976.

Балалыкин Д.А. Преемственность взглядов Гиппократ и Галена на природу организма человека. // – История медицины, 2014, №4, С.89-184.

Барина В.А., Земцов С.П. Инновационный цикл как базовая модель динамики и организации инновационной деятельности // Вестник ИЭ РАН. - №1, 2016 - С.117–127.

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.

Бекчан А. (Кутлумуратов А.Б.), Тулебаев К.А. Социальная эволюция человека и здравоохранение. Введение в общую теорию здравоохранения / Алматы-Ташкент, 2005. – 234с.

Бекчан А. (Кутлумуратов А.Б.), Тулебаев К.А. Социальная эволюция человека и здравоохранение. Введение в общую теорию социального нормирования здоровья / Алматы-Ташкент, 2006. – 211с.

Гиппократ. Сочинения в 3-х томах. – пер. с греческого В.И. Руднева. – М.: Государственное издательство биологической и медицинской литературы. – 1936-1944.

Джемс В. (1910) Прагматизм. Новое название для некоторых старых методов мышления. Библиотека современной философии. - СПб – Изд. «Щиповник». – 2010 – 244с.

Дильмай В. М. Эндокринологическая онкология. — Л.: Медицина, 1974

Дильман В.М. Четыре модели медицины - Л.: Медицина, 1987.- 288с.

Долл Р., Пето Р. (1981) Количественная оценка устранимых факторов риска онкологических заболеваний с США. / пер. с англ. Ю.Д. Ивашенко под ред. А.И. Быкореза (послел. А.И. Быкореза, Л.Н.Г. улищера) – Киев: Наукова думка, 1984 – 354с.

Злокачественные новообразования в России в 2021 году (заболеваемость и смертность). – Под ред. Карпина А.Д., Старинского В.В., Шахзадовой А.О. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. 2022. – 252с.

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.

Кутлумуратов А.Б. (1992) О некоторых противоречиях эвристики современной онкологии (1). - ДЕП. журн. "Эксперим. онкол." в ВИНТИ от 15.05.1992.-18с.; Кутлумуратов А.Б. (1992) О некоторых противоречиях эвристики современной онкологии (2). - Злокачественные новообразования в Узбекистане. Профилактика, диагностика, лечение.- Ташкент. - 1992. - С.12-19.

Кутлумуратов А.Б., 1993; Изучение этнических аспектов онкозаболеваемости органов пищеварительной системы в Узбекистане. / Автореферат дисс... д.м.н.,Ташкент-1993-41 с.

Кутлумуратов А.Б. (1994) Онтогенетический и социальный компоненты рака с точки зрения вариационных принципов - Актуальные вопросы медицины (Материалы третьей научно-практической конференции)-Ташкент - 1994. - С.66-67.

Кутлумуратов А.Б. (2016) О примате интуиции в науке врачевания. <http://viXra.org/abs/1604.0206v3>.

Кутлумуратов А.Б. (2022) Медицина и общая онтология и эпистемология науки. <http://viXra.org/abs/2203.0133v1>.

Кутлумуратов А.Б. (2024) Прагматизм. Философская основа национальных медицинских наук и врачебного образования. <http://viXra.org/abs/2401.0129v1>.

Кутлумуратов А.Б., Хаитбаев Б.М., Юсупов Б.Ю., Таджиев Х.К., Махмудова М.Т., Рустамов А.Х. (2007). Этносы и рак. Эпидемиологические аспекты интегральной (системной) теории рака. / В 4-х тт., общ. ред. - проф. Кутлумуратов А.Б. - Т.1.,Ч.1. – Ташкент-Алматы – 2007. – 180с. ISBN 9965-9207-3-7.

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 эпических теокосмогоний до возникновения атомистики. – Изд-во «Наука», М.: 1989.

Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: ГЭОТАР МЕД – 2002 – 502с.

Платкова Е.В., Бекчан 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. Диалоги. Протагор. - Сочинения в четырех томах. Т.1, С.193-261. / Под общ. ред. А.Ф. Лосева и В.Ф. Асмуса; Пер. с древнегреческого. — СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та; «Изд-во Олега Абышко», 2006. — 632 с.

Поппер К. Логика и рост научного знания. Избранные работы. Пер. с англ. под общ. ред. И вступит. статьей В.Н. Садовского. М.: Прогресс. – 1983.