

УДК 165.9

## **ФИЛОСОФИЯ И ИСТОРИЯ НАУКИ: МЕСТО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ В СОВРЕМЕННОМ ВУЗЕ, СОЦИАЛЬНОЕ ОСВОЕНИЕ И ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ**

**В.Ю. Лебедев\*, А.В. Федоров\*\***

\*ФГБОУ ВПО «Тверской государственной университет», г. Тверь

\*\*ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия», г. Тверь

Дан анализ исторического процесса медицинской науки в контексте гносеологии и социологии. Предлагается авторская концепция периодизации исторического процесса в медицинских науках в контексте теории и истории познания. Проведен краткий анализ современного социального освоения и институционализации медицинской науки на базе исторического материала, отмечены основные закономерности современной социализации медицины.

**Ключевые слова:** *история медицины, исторический процесс, институционализация, модели врачевания, евгеника.*

Вопросы о месте и роли преподавания истории науки актуализируются реалиями современной высшей школы: перестройка образования, распределение учебных часов. В силу постепенно сложившейся традиции история науки часто рассматривается как нечто несущественное, некая «виньетка», украшающая основной «текст», источник добавочных знаний, создающих облик интеллектуала, эрудита и т. п., но для дела бесполезных. Сформировалась модель, согласно которой учебные дисциплины распределяются между двух полюсов: на одном пребывает знание, для которого история науки – второстепенный придаток, на другом же все то, где изучение истории и есть уже постижение сути предмета, элиминация истории просто невозможна. Ко вторым относят прежде всего философию. К первому полюсу тяготеют точные и естественные науки, к ним же примкнула и медицина. Очень многие искренне считают, что отсутствие знания истории медицины совершенно не влияет на качество врача. Однако современное состояние науки, очередная смена парадигм и ориентиров ставит нас перед необходимостью новой рефлексии на тему, чем собственно занимается человек науки, а также все, кто оказался к ней причастен, в том числе и получив высшее образование. Мы попытаемся показать, насколько знание истории науки и, в частности, серьезное внимание к современному периоду, понятому в свете общего системного характера истории, оказывается необходимым для состоятельности такой рефлексии, для получения полноценного и *сознательного* ответа на вопрос: чем мы занимаемся, что мы хотим получить, как и зачем. В будущее науки во всяком случае следует идти с открытыми глазами (ср.: [6]).

Современная медицинская наука представляет собой комплекс знания не только чисто естественно-научного и чисто гуманитарного.

Действуя в рамках системы, выраженной основными концептами: *человек, природа, здоровье, болезнь, смерть, норма, отклонение* современная медицина уже сегодня с полным правом действует еще и в социологическом измерении. Иначе говоря, от медицины клинического случая, медицины *casus morbi*, сегодняшняя медицинская наука перешла к рассмотрению *casus societatis*. Причины этого уже неоднократно назывались: это, с одной стороны, медиализация культуры и общества, с другой – сам исторический процесс медицинской науки, в результате которого медицина вышла на тот уровень, когда не быть наукой «глобального» масштаба она просто не могла. В настоящей статье авторы рассматривают исторический процесс медицинской науки в свете данной концепции. Следует отметить, что большинство поднимаемых вопросов достаточно дискуссионны и многие проблемы из поставленных еще достаточно далеки от разрешения. Это же касается и приведенной ниже периодизации исторических этапов развития медицины. Не претендуя на универсальность, окончательность и идеальность авторской концепции – не только потому, что построение идеальных концепций практически неосуществимая цель, но и в силу неоднородности исторического материала, служащего фактологическим базисом. Так, дело затрудняется разного рода абберациями личностной значимости (мы назвали бы это именно так), когда взгляды выдающегося деятеля в той или иной сфере науки некорректно проецируются на всю эпоху, когда ему пришлось жить, даже если это были взгляды непонятого одиночки. Такие абберации закрепляются и благодаря научной литературе, особенно энциклопедической, невольно превращающей описание истории в описание преимущественно выдающихся людей. Историческая методология избавляется от пережитков «романтической школы» (не будем касаться вопроса о масштабах интеллектуальных искажений, спровоцированных романтизмом вообще, в частности, генерации ряда псевдонаучных построений), история медицины также острее нуждается в ликвидации остатков романтического метода из поля научного дискурса. О методологическом совершенствовании истории науки говорят не только представители классического науковедения (связь науки и истории у Т. Куна [5, с. 198 и след.]), но и историки медицины, указывая, в частности, на необходимость рецепции социологических методов [4, с. 21–37]. Однако методологическая чистка не может быть произведена сразу, так что последствия романтического диктата также становятся препятствиями для построения корректной периодизации.

В силу уже названной нами специфики, между чисто естественно-научной стороной медицинской науки и ее гуманитарными составляющими уже изначально имеется напряжение и рассогласование, хотя бы чисто гносеологическое. Так, гуманитарный подход как принцип исследования подразумевает работу с ценностно-смысловыми характеристиками объекта медицинской науки, порой с полным отрывом от физиологического базиса. В сфере же чисто естественно-научной гумани-

тарный подход подчас вторичен и принимается во внимание *post factum*. Так, эксперименты со вспомогательными репродуктивными технологиями в начале–середине XX в. (И.И. Иванов, С.А. Воронов и др.) изначально представляли собой чисто естественно-научные исследования; их биоэтическое переосмысление началось значительно позже. Более того – порой «чистым естествоиспытателям» приходится идти на уступки «гуманитариям», требующим сокращения или полного запрещения каких-либо технологий. Так, это касается опытов на животных (особенно – «острых опытов», *resp* – вивисекций, в ходе которых животное погибает) или каких-либо «нелицеприятных» медицинских технологий (например, почти полное прекращение заготовки трупной крови). В качестве другого примера – дефицит трупных органов и минимальные шаги в развитии трансплантологии – все это связано с уступками «экспериментаторов» «гуманитариям» и множествами нерешенных биоэтических проблем, когда технологическая готовность опережает моральную готовность общества.

Сегодняшние работы по исследованию медицинского дискурса, медицинской культуры, медицинского исторического процесса – это вектор исследований, направленный на снятие напряжения между гуманитарной и естественно-научной составляющей медицины.

Формирование подобной междисциплинарной проблематики, работа на стыке нескольких областей, пересечение различных дискурсивных полей – одна из важнейших черт неклассической традиции. В данной традиции в аналитику бытия вовлекается социокультурный контекст; и именно в этой традиции выражаются витальные аспекты человеческого бытия (болезнь, здоровье, смерть, жизнь), т. е. то, чем испокон веков занималась сама медицинская наука, но в другом ключе.

В течение всего исторического процесса в медицинской науке происходило смещение акцентов то с естественно-научного поля на гуманитарное, то – наоборот. Это выражалось формулой «лечить больного» либо «лечить болезнь». Сегодня эта проблема выбора не только не снята – она стала еще острее, поскольку в эту проблему выбора включилась еще одна переменная – социум. Точнее говоря, социум присутствовал едва ли не на всех стадиях развития медицины, но сейчас он стал одной из основных переменных в этой системе уравнений (бинарная оппозиция становится тернарной, к ней добавляется член «лечить представителя социума»).

Прежде чем рассматривать современную ситуацию решения этой проблемы выбора, рассмотрим предполагаемую периодизацию истории медицины так, как она видится авторам. То, что данная периодизация не лишена недостатков – это очевидно, но вместе с тем это не причина для отказа от попыток.

Мы сочли возможным выделить следующие периоды:

*1. Магический.*

Коротко характеризуя этот период, отметим, что магическое сознание, основанное на принципе подобия (желаемое действие можно вызвать подражанием) и принципе взаимосвязи и соприкосновения (предмет, воздействовавший на другой предмет, продолжает в дальнейшем оказывать влияние на судьбу другого предмета даже после окончания воздействия) продуцировало соответствующие правила для медицинской науки. Так, например, лекарь, который должен был унять боль в желудке, катался по полу, корчами и гримасами изображая боль в животе, а потом вставал подобно выздоровевшему больному. Этиология болезни в основном признавалась сверхъестественной, поэтому врачевание включало в себя магические практики. Лечебные свойства лекарственных растений, обнаруженные случайно, также объяснялись присутствием в них определенного сверхъестественного начала. Представления о болезнях было топологическим – их выделяли по страдающему участку тела, патогенетические представления отсутствовали. Примитивные хирургические вмешательства также проводились как магические обряды (данная проблематика подробно разработана в трудах М. Элиаде и А. Ван Геннепа).

Отметим, что остатки магического сознания продолжают оказывать достаточно серьезное воздействие и на современную систему «врач–пациент». Пациенты (в первую очередь невысокого культурного уровня) увлекаются различными альтернативными методами лечения (чего стоит широко известный в интернет-сообществах «доктор Попов» с его лечением огурцами, дающими «силу земли»)<sup>1</sup>; врачи же грешат различными приметами. Так, общеизвестно, что медикам, находящимся на ночных дежурствах, запрещено желать «спокойной ночи», поскольку бытует примета, что после такого пожелания ночь будет отнюдь не спокойной. Известно, что хирурги не любят оперировать рыжих, горбатых, коллег и родственников. Такое первобытное суеверие у медиков парадоксальным образом граничит с их скепсисом и агностицизмом.

## *2. Эмпирический.*

В этот период развития медицина активно накапливает данные, получаемые у постели пациента, на аутопсиях, при эмпирическом лечении. Эти данные передаются из поколения в поколение в строжайшем секрете, не осмысляясь и не подвергаясь критике (в случае чистого эмпиризма).

Данный период включает в себя следующие этапы:

А. «Чистый эмпиризм». Наиболее отчетливо этот этап выражен в Александрийской школе медицины, где выделяются два имени чистых эмпириков – Герофила и Эразистрата. На основании многочисленных вскры-

---

<sup>1</sup> Нами наблюдался случай, когда родители не пускали ребенка проститься с умирающей бабушкой, потому что якобы «от нее он может заразиться мертвой энергетикой (sic!) и умереть».

тий трупов и вивисекций осужденных на смерть преступников и рабов они описали достаточно большое количество анатомических образований, при этом делая чисто умозрительные представления о функции этих структур. Многие из выдающихся медиков Древней Греции и Рима также были и философами. Порой на основании эмпирического базиса делались достаточно далеко идущие выводы и строились целые философские системы (таковы философские системы Аристотеля, Гиппократ и др.). Показательно в этом отношении учение о темпераментах, созданное Гиппократом, на основании наблюдения за жидкостями организма (кровь, слизь, черная желчь, желтая желчь) и их балансом в организме.

Б. «Герменевтический эмпиризм». В связи с активным распространением религий (как христианства, так и ислама), в методологии медицины наступает коренной перелом. Отметим основные черты влияния средневековой церкви на медицинскую науку:

- «тело как гробница души» (Платон, диалог «Федон») и «тела ваши суть храм живущего в вас Святаго Духа» (1. Кор. 6. 19–20 – апостол Павел). Артикуляция медицинских проблем шла параллельно богословской рефлексии над гностическими философами и теологами ортодоксальной религии. Так, воспитанный в духе неоплатонизма Августин Блаженный (антропология св. Августина достаточно сложна, и понимать ее следует в контексте с христологией Августина, поэтому данных вопросов мы в настоящей статье специально не касаемся) полемизирует с крайним неоплатонизмом гностического типа, утверждая, что человек есть разумная душа, владеющая своим телом, при этом в своих работах прямо вопрошая «Кто же любит свои оковы?» (вопрос, понятное дело, обращен к гностикам и неоплатоникам). Фактически, отношение к телесному страданию зависело от решения вопроса о природе мира, его благодати или отсутствия таковой. Постепенно в оценке болезни акцент смещался с онтологии (падшесть мира) на божественную педагогику и сотериологию (болезни как наказание, испытание, спасающее средство). Абсолютного единства в отношении к болезням нет до сих пор, часто вопрос «лечиться или нет, если лечиться, то как» оставляется на усмотрение самого человека и его духовника. Здесь можно провести параллель с тем, что нет однозначно всеобщих аскетических практик. Кроме того, аскетические практики в христианстве имеют подчас даже региональные особенности;

- снижение авторитета медицины по сравнению с авторитетом Церкви;

- трактовка большинства болезней (особенно – всех психических) как расплаты за грехи или как действия темных сил. Отсюда следует, что одними из методов лечения становятся молитва, пост и покаяние. Симптомы психических расстройств постоянно рассматривались как признаки одержимости или подобных состояний, порожденных вмешательством нечистых сил. По мере развития медицинского знания вносились уточнения в церковные предписания о применении экзорцизмов (в

сторону сужения их применения и более осторожного подхода в подозрительных случаях), что находило отражение в богословских сочинениях, требниках и т. д., хотя практика немедленного направления на отчитку всех «неадекватных» и до сих пор не редка.

Вместе с тем основная масса средневековых городских и сельских жителей, не вдаваясь в теологические споры, активно пользовалась не только рекомендуемыми Церковью методами, но и методами магическими и алхимическими, подчас синкретически сочетая церковные и парацерковные ритуалы с откровенными заимствованиями из языческой магии (что, впрочем, нередко наблюдается и сегодня). В эту же эпоху появляются и родоначальники всей «малой» хирургии – цирюльники, которые активно пользуют больных до Нового времени.

Отметим, что за счет снижения авторитета медицины и почти полностью отсутствующего санитарного мышления, вкупе с большой скученностью проживающих в городах появляются знаменитые масштабные средневековые эпидемии.

В медицине как науке в этот период активно действуют два начала: с одной стороны, изучение «отцов медицины» (Гален, Гиппократ, Цельс) и их толкование (герменевтический вектор), с другой – еще только начинающая себя проявлять медицина чисто клинического направления. Так, Парацельс, будучи не только медиком, но и алхимиком, называл самого себя «иатрохимиком», говоря, что он «одинаково знает и химию, и медицину». Алхимия как один из этапов развития медицины представляла собой синтез магических воззрений, толкований древних книг и собственного опыта.

В. «Клинический эмпиризм». Данный этап связан с ослаблением диктата Церкви, отменой запрета на вскрытие трупов людей и началом систематического обучения врачей на базе учебных клиник и анатомических театров. Хронологически мы относим этот этап к началу Нового времени. Имеющиеся многочисленные описания случаев начинают складываться в одну нозологию, делаются попытки связать структурные изменения, обнаруженные *post mortem*, с клинической картиной, имевшейся при жизни больного. Этот этап – финальный перед выходом на следующий, клинический, период развития медицины.

3. *Клинический период.* Здесь нами также выделяются три этапа в формировании медицинской науки.

А. «Чистый клиницизм». На данном этапе осмысление имеющегося практического опыта проходит в индуктивном порядке: сходные клинические случаи описываются в отдельной нозологии. Подвести под нозологию базис из фундаментального знания пока еще невозможно (это станет возможно только на следующем этапе), поэтому зачастую приемлем синдромологический подход. Например, обморок, проявляющийся кратковременной потерей сознания на фоне острого падения сердечного выброса и обусловленный кратковременной ишемией го-

ловного мозга, описывается как приступ Морганьи–Адамса–Стокса. Причины его (например, синдром слабости синусового узла; полная атриовентрикулярная блокада) на данном этапе развития медицины установить пока еще не представляется возможным.

Б. «Научный клиницизм». На этом этапе продолжается дальнейшее углубление индуктивного подхода на фоне включения в систему фундаментальных естественных наук. Такая синхронная и диахронная взаимосвязь медицины как прикладной отрасли знания и фундаментальных наук (анатомии, физиологии, биохимии) в конечном счете приводит к формированию ситуации, при которой медицина выступает одновременно как источник для постановки проблем чисто естественнонаучного плана, одновременно являясь и средством решения проблем фундаментальных наук. Так, стремясь открыть причину цинги, пеллагры, рахита и болезни «бери-бери» (чисто медицинская задача), выявили новый класс органических веществ – витамины (достижение фундаментальной науки). Другой пример – открытие Мортонем наркоза, послужившее одним из толчков к исследованию торможения в центральной нервной системе. В противоположном направлении, от фундаментальных наук в клинику, пришло учение Вирхова о клеточной патологии, основанное на клеточной теории Шлейдена–Шванна.

На этом этапе медицина развивается стремительными темпами (сравните арсенал медика XVIII в. и начала XX столетия) и социумом активно мифологизируется. Создается паттерн «всемогущего врача», вооруженного уже не потусторонними силами (как это было в магический период), но вполне реальными научными данными. Сформулированный Артуром Кларком «Третий закон» («Любая достаточно развитая технология неотличима от магии») в этом отношении идеально характеризует данный этап развития медицины.

Буквально до первой половины XX в. медицинская культура с полным основанием может быть отнесена к типу фаустовской культуры (в типологии О. Шпенглера). Вместе с тем уже на рубеже XIX–XX вв. начинают активно проявляться черты того кризиса полноты жизни, о котором пишет Шпенглер. Связано это с растущим напряжением между рациональностью (кризис рациональности – в терминах Шпенглера) и утраченной подлинностью существования человека (иррациональным). В философии происходит осознание того, что разум, выступавший как основная движущая сила последних двух столетий, уже не способен проявить себя как гарант прогресса. Этот «перекос» в сторону рациональности создавал все больше и больше проблем в духовной сфере.

Попытки найти выход из этого кризиса в медицинской культуре приводят к появлению третьего этапа развития медицинской науки:

В. Социальный клиницизм. Данный этап можно было бы обозначить лозунгом: «Врач – не только ученый, но и Человек». Многие из медиков понимают, что, будучи всемогущими в лаборатории, они ока-

зываются беспомощными у постели больного. Показательны в этом отношении «Записки врача» В. Вересаева: «Но что же, чем во всем этом может помочь наша медицина? Какая цена ее жалким средствам, которыми она пытается чинить то, что так глубоко уродуется жизнью?.. Великий человек висит на кресте, его руки и ноги пробиты гвоздями, а медицина обмывает кровавые язвы арникой и кладет на них ароматные припарки...» [1, с. 125].

На фоне продолжающегося кризиса общеевропейской культуры медицина пытается решать вопросы, которыми до этого она занималась лишь отчасти: помимо газетной полемики, развернувшейся позже вокруг «Записок врача», в диалогах общества и медицины появляются следующие темы: право врача на эксперимент, право на врачебную ошибку и даже – право на исследование феномена гениальности в медицинском ключе, берущие начало в работах Чезаре Ломброзо и оформившиеся в ингиениологию<sup>2</sup>.

Этот взаимный диалог медицины и социума привел к тому, что медицина, которую активно упрекали в оторванности от мира, начала активно «социализоваться», а вскоре – даже активно потакать государственным интересам. Медицину в прямом смысле этого слова взяли на вооружение все основные сверхдержавы (в первой половине XX в. особенно в этом отличились фашистская Германия и Япония). Этот довольно печальный феномен не нов: в Первую мировую войну воюющие державы активно использовали работы Нобелевского лауреата Фрица Габерера; во Вторую мировую и после нее все основные наработки ведущих ученых так или иначе пытались использовать в военных целях. Широко известный тезис, что война выступает двигателем прогресса, в данном случае полностью применим к медицинской науке того времени.

После капитуляции фашистской Германии и Нюрнбергского трибунала, когда были открыты факты массовых экспериментов на людях, общество осознало, что научный прогресс, основанный на огромном количестве человеческих жертв – это катастрофа. С этого момента осознания медицины как орудия с чрезвычайными возможностями и понимания необходимости ее социального регулирования берет начало четвертый период развития медицинской науки, который продолжается до сих пор.

#### *4. Период социального освоения и институционализации медицины.*

На этом периоде своего развития естественно-научная и гуманитарная стороны медицины вкуче с социумом составляют единое поле, характеризующееся следующими чертами:

1. Унификация и стандартизация медицинской науки. Методики лечебно-диагностического процесса жестко выверены и стандартны. Их

---

<sup>2</sup> Дискуссии о феномене гениальности с позиций медицины пришли в Россию вместе с работами Ч. Ломброзо и нашли здесь огромное количество поклонников (для примера – страстный поклонник идей Ломброзо, невролог и психиатр В.Ф. Чиж (1885–1922).



верификация проходит по критериям доказательной медицины (методологические основы доказательной медицины – чрезвычайно интересная и дискуссионная тема, которой мы в настоящей статье не касаемся. Желающих отсылаем к имеющимся по этой проблеме работам), и применимость или неприменимость их может быть установлена только в результате исследования крупных статистических выборок.

2. Сверхспециализация и технократизм. Специальная дифференциация является неизбежным следствием накопления знаний, но порождает и естественные проблемы. Можно вспомнить реплику хирурга о том, что вслед за клиникой ортопедии кисти появится клиника болезней концевой фаланги третьего пальца кисти [3, с. 146]. Но вместе с тем наблюдается и дифференциация преимущественно организационная. В настоящее время невозможно представить себе весь лечебно-диагностический процесс в руках одного человека, даже для установления «простых», казалось бы, диагнозов, необходимо взаимодействие нескольких специалистов или медицинских подразделений (клиническая и биохимическая лаборатория, отделение лучевой диагностики, отделение функциональной диагностики, смежные специалисты, фармацевтические подразделения, и т. д.). Постановка диагноза и назначение лечения все менее зависит от одного врача, его права в выставлении такого диагноза более или менее строго ограничиваются (так, специалисты по ультразвуковой диагностике избегают формулировок диагноза, а подтверждают лишь «наличие признаков»). Уровень диагностики подчас определяется наличием дорогой технической базы, а для наличия этой базы нужно вступить в коллектив, который должен быть легализован обществом. Имеющийся ранее (в начале XX в.) институт частнопрактикующих врачей-одиночек сегодня представить себе достаточно проблематично (в первую очередь это касается врачей-интернистов). Частные кабинеты врачей-офтальмологов, стоматологов сегодня не в состоянии оказать требуемую порой медицинскую помощь в полном объеме. Деятельность частнопрактикующего офтальмолога-одиночки вообще связана с подбором очков или контактных линз, поэтому зачастую он работает рядом с оптикой; частнопрактикующие стоматологи же оказывают лишь терапевтическую стоматологическую помощь; представить себе, скажем, экстракцию зуба в частном стоматологическом кабинете невозможно; данную процедуру проведут только в стоматологических клиниках. Частнопрактикующий психотерапевт оказывает только психотерапевтическую помощь; назначать лекарственные препараты он имеет право либо после получения соответствующей лицензии, либо – принимая как врач-психотерапевт в амбулаторном учреждении психиатрической службы. При этом карательные санкции за превышение лечебных полномочий становятся все более устрашающими.

3. Изменение мифологических представлений о враче. Вместо слегка чудаковатого ученого-практика перед нами служащий-эксперт,

всемогущество которого не только не магическое, но и не сциентистское, это всемогущество административное.

4. Еще одной характерной чертой является подконтрольность врачей. Если раньше врач боялся утратить престиж или практику из-за падения спроса, то сейчас источником опасности являются комиссии, проверки, доносы, от которых никакой объективности не ждут, их деятельность самоценна.

5. Проблему усугубляет информатизация общества. Медицинская практика старого типа исчезла, при этом все усиливается зависимость от медицинской экспертизы в важнейших делах, имеющих социальное измерение (от среднестатистического работающего человека требуют предоставить все больше и больше справок и иных документов медицинского характера, что в первую очередь создает благоприятные условия для надзора и манипулирования).

6. Закономерный кризис доверия к медицине. На практике это выражается в обращении к иным технологиям заботы о здоровье, их выбор – от вульгарного самолечения по медицинской литературе до упаривания урины, обращения к силе земли, чистки замусоренных астрально-ментальных чакр, изгнания кишечных черепашек и так далее – зависит от культурного уровня субъекта, разочарованного в медицине и примкнувшего к антимедицинской контркультуре.

7. Незащищенность медицинских работников (социальная и юридическая). Данная особенность следует из всего вышесказанного: помимо падения престижа профессии, девальвации социального положения врача и закономерного кризиса доверия к медицине вообще и к медикам в частности имеет место также и стремление «засудить» врачей. Нередко судебные тяжбы против медиков ведутся с презумпцией «пациент всегда прав», а полностью отсутствующий институт грамотных адвокатов, способных вести дела, связанные с оказанием медицинской помощи, и отсутствие возможности страхования профессиональной ответственности делают врача «крайним» в большинстве дел (примером этого может служить широко обсуждаемое в СМИ и Интернете дело медбрата Станислава Чириманова) (см., напр.: [7]). Меры по введению договорной модели медицинского обслуживания во многом провоцируют подозрительность и сутяжничество.

8. Сильнейшая зависимость медицины от ресурсов (в том числе – и от возможностей пациента). Социальное расслоение между «медициной для бедных» и «медициной для богатых» существовало всегда, но в современном обществе оно выражено особенно. Это связано не только с неодновременностью развития медицинской науки в разных регионах мира, но и с ярко выраженным «медицинским туризмом», который могут себе позволить только люди достаточно состоятельные. Подавляющее же большинство не имеет ни средств, ни возможностей лечиться за рубежом. Особенно это касается людей старшего поколения, в которых еще с со-

ветских времен остался миф о «бесплатности и общедоступности медицины». Последние достижения мировой медицины (развитие трансплантологии, генотерапия, терапия стволовыми клетками, высокоточные хирургические вмешательства) известны, но в большинстве своем недоступны современному россиянину. Такой гигантский разброс: пациент читает в газетах о роботоконплексе Da Vinci, находясь где-нибудь в ЦРБ, где до сих пор кипятят шприцы. Эта ситуация порождает антимедицинские настроения, причем как среди пациентов, так и среди врачей.

Такое положение дел позволяет прогнозировать автократизацию и социальную прагматизацию медицины и соответственно усиление антимедицинских настроений, если, конечно, сама медицина не воспользуется теми силовыми резервами, которые ей дала социальная институционализация.

Произошла радикальная деприватизация медицины, диагностика (фундаментальный акт медицины старой, традиционной) трансформировалась в экспертизу. Закономерный вопрос о сохранении медицинской тайны сегодня по-прежнему актуален. Если ранее о факте обращения, диагнозе и методах лечения знал лишь один врач, сегодня разрозненную информацию о пациенте можно получить из совершенно разных источников: начиная от санитарки приемного отделения или регистратора поликлиники до заведующего отделением и главного врача. Широко применяемая как средство сохранения медицинской тайны кодировка диагноза по МКБ-10 вряд ли может рассматриваться как серьезное препятствие к получению информации: все данные МКБ находятся в открытом доступе в Сети. Об информационной безопасности локальных компьютерных сетей в ЛПУ сегодня также не приходится говорить: современные технологии хакерства позволяют при желании «взломать» все что угодно, не говоря уже о возможности получить все данные о том или ином пациенте.

Едва ли не первым случаем разрушения традиционной модели («врач приходит, если зовут; врачевание носит почти всегда приватный характер») сменяется «приходом врача тогда, когда это определил социум») стала евгеника. Гальтоновский проект уже подразумевал социальную недобровольность, точнее, социальную гигиену, осуществляемую в недобровольном порядке. Часто встречается мнение, что евгенический проект в первоначальном своем виде не состоялся, все рациональное, что в нем содержалось, перешло в русло медицинской генетики, а возрождение евгеники происходит только в новом тысячелетии, при ином уровне знаний и биотехнологий (хотя Ф. Фукуяма замечает, что «над всей генетикой издавна висит призрак евгеники» [6, с. 340]). Мы позволим себе не согласиться с этим. Помимо инициирования евгенических законов в ряде государств, евгенический проект оказался успешным, поскольку поменял медицинскую ментальность и, в итоге, самым решительным образом поспособствовал рождению новой модели медицины.

Евгеника в данный момент намерена взять реванш, но остаются нерешенными проблемы, очерченные почти век назад тем же Н.К. Кольцовым: совершенно непонятно, что и каким образом будет сочтено нормой, а что отклонением. Активно продвигаемые для обсуждения сегодня идеи постгуманизма имеют под собой базис в виде возможной реализации евгенического проекта. Рассматриваемые в рамках идей постгуманизма возможности усиления интеллекта, создания искусственных органов человеческого тела, интеграцию сознания человека в компьютер, киборгизацию в конечном счете ведут к формированию нового типа человека, а данный процесс есть не что иное, как евгенический проект (ср.: [2]). При этом согласия самих людей никто, кажется, спрашивать не собирается. Такое формирование «нового типа» не может пройти «все и сразу», поэтому если идеи постгуманизма получат активное практическое распространение, то неизбежен конфликт между существующими людьми и продуктом «нового типа». Чем закончится этот конфликт, остается только догадываться.

Фактически, евгеника более напоминает инструмент, способный оказаться в любых руках, ее собственная программа (общетеоретическая, точнее, общегуманитарная, социальная) довольно схематична и сохраняет в себе многие иллюзии позапрошлого века с его верой в прогресс и социальным оптимизмом. Однако же та модель отношений врача и пациента, ценностных ориентиров медицины, которыми и характеризуется современный этап ее истории, появилась в значительной мере благодаря ей. Насколько сложившееся положение дел может быть изменено, что в состоянии понять и принять для себя медик, рефлектирующий свою деятельность, насколько он вообще способен к такой рефлексии, – это зависит и от серьезного изучения истории науки<sup>3</sup>.

### **Список литературы**

1. Вересаев В.В. Записки врача. СПб.: Лениздат, 2013. 223 с.
2. Глэд Д. Будущая эволюция человека. Евгеника XXI века. М.: Захаров, 2005. 176 с.
3. Деген И. Портреты учителей. Тель-Авив: Б.и., 1992. 219 с.
4. Дернер К. Гражданин и безумие. М.: Алетейя, 2006. 544 с.
5. Кун Т. После «Структуры научных революций». М.: АСТ, 2014. 443 с.
6. Фукуяма Ф. Наше постчеловеческое будущее. М.: АСТ, 2008. 349 с.
7. Сухова И.-Л. Медик снова забил пациента до смерти. Расследование скандального случая в новгородской больнице: улики нет, но приговор есть — 9 лет колонии [Электронный ресурс] //

---

<sup>3</sup> Статья выполнена в рамках исследовательской программы Лаборатории междисциплинарных биосоциологических и биофилософских исследований (Российское философское общество).

<http://www.mk.ru/incident/2014/05/23/medik-snova-zabil-patsienta-do-smerti.html> (дата обращения – 01.06.2014).

**PHILOSOPHY AND HISTORY OF SCIENCE: THE ROLE OF THE HISTORY OF MEDICINE IN CONTEMPORARY UNIVERSITY, SOCIAL DEVELOPMENT AND INSTITUTIONALIZATION OF MEDICIN**

**V.Yu. Lebedev\*, A.V. Fedorov\*\***

\*Tver State University, Tver

\*\*Tver State Medical Academy, Tver

The paper is focused on the study of the historical development of medical science in the context of the epistemology and sociology. It offers the authors' approach to periodization of the historical process in medical sciences in the context of history and theory of knowledge. Contemporary social development and institutionalization of medical science on the basis of historical material, as well as the basic regularities of modern socialization of medicine are briefly analyzed.

**Keywords:** *history of medicine, the historical process, institutionalization, models of the treatment, eugenics.*

*Об авторах:*

ЛЕБЕДЕВ Владимир Юрьевич – доктор философских наук, профессор кафедры социологии ФГБОУ ВПО «Тверской государственный университет», Тверь. E-mail: Semion.religare@yandex.ru

ФЕДОРОВ Алексей Васильевич – студент ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия», ассистент Лаборатории междисциплинарных биосоциологических и биофилософских исследований (Российское философское общество), Тверь. E-mail: doctorfedorov100@rambler.ru

*Author's information:*

LEBEDEV Vladimir Yurievich – Doctor of Philosophy, Professor of Sociology Dept., Tver State University, Tver. E-mail: Semion.religare@yandex.ru

FEDOROFF Alexey Vasilievich – Tver State Medical Academy, student. Assistant of the laboratory of multidisciplinary research in biosociology and bio-philosophy (Rissians Phylosophical society). E-mail: doctorfedorov100@rambler.ru