

УДК 167:61

Юрий Иванович Мирошников

доктор философских наук, доцент,
заведующий кафедрой философии
Учреждения Российской академии наук
Института философии и права
Уральского отделения РАН
г. Екатеринбург (343) 362-34-07
miroshnikov1941@mail.ru

СПЕЦИФИКА МЕДИЦИНСКОГО ПОЗНАНИЯ И ПРОБЛЕМА ЦЕЛОСТНОСТИ ЕГО ПРЕДМЕТА

В статье медицинское познание рассматривается как связь естественнонаучных, гуманитарных и технологических элементов. Основная проблема медицинского знания заключается в том, что еще не создана единая конкретно-научная теория человека, объясняющая его здоровье и болезнь как целостного существа, как субъекта культуры.

Естественнонаучный, гуманитарный, технологический элементы медицинского познания; фундаментальные и прикладные аспекты медицинского знания о здоровье, норме и болезни человека; проблема целостной научной картины человека в области медицинского знания.

Медицинское познание и знание представляют большой методологический интерес для философии науки в плане решения вопроса о том, как возможно конкретно-научное знание о человеке. Как известно, философия всегда претендовала на статус целостного универсального, всеобщего учения о человеке. Таким образом, объект медицины и философии один и тот же, различны лишь предметы исследования, его способы и принципы. Взаимная близость медицины и философии обращала на себя внимание уже в древности. И медицина, и философия концентрируют свои познавательные усилия на человеке, его возможностях реализовать себя, существовать в гармонических отношениях с миром с самим собой. «У древних китайцев философия и медицина тесно связаны. Не было такого философа, который не писал бы о здоровье человека, и не было такого медицинского текста, в котором не затрагивались бы философские темы, да и философия понималась как наука о здоровье, мудрости душевного и телесного благополучия человека» [9, с. 55]. Аналогично и в Древней Греции врачи хотели быть философами, а философы думали о себе как о самых совершенных врачах. «Пусты слова того философа, которыми не врачуется никакое страдание человека», –

говорил Эпикур [24, с. 232]. Да и в Новое время западноевропейские мыслители отмечали терапевтическую функцию философии, подчеркивая этим связь последней с медициной. Так, Ф.В.И. Шеллинг в курсе лекций «Положительная философия» 1832/33 учебного года напоминал слушателям, что «философ – по призванию своему врач, лечащий раны сознания» [7, с. 260].

Задача современной философии науки состоит, на наш взгляд, в том, чтобы углубить наши представления о сущности медицинского знания, о возможностях медицины построить целостную конкретно-научную теорию человека, его здоровья и болезни, его физических и духовных потенций как субъекта истории и культуры. Именно в этом плане далее будут проанализированы работы современных отечественных и зарубежных философов, теоретиков и историков медицины, которые внесли значительный вклад в решение заявленной темы: Давыдовского И.В. [8], Зайко Н.Н. и Быця Ю.В. [14], Залманова А.С. [10], Моисеева В.И. [13], Рыбина В.А. [16], Саркисова Д.С., Пальцева М.А. и Хитрова Н.К. [17], Туровской С.В. [20], Хрусталева Ю.М. и Царегородцева Г.И. [22], Шевченко Ю.Л. [21], Этингена Л.Е. [25], Яновской М.И. [26] и др.

Врачевание существовало всегда: оно сопровождало человеческий быт и праздник, производственную деятельность и религиозные ритуалы. Еще до возникновения цивилизованного общества человек научился врачевать раны и травмы, принимать роды, совершать различные манипуляции с телом в связи с исполнением обрядов инициации и т.д. Кесарево сечение, кастрация, трепанация черепа считаются древнейшими видами хирургических операций, которыми человек овладел уже в далекой древности.

Возникновение медицины – это новый этап в культуре, означающий, что врачевание переходит на более высокий уровень развития, изживает себя, обретает характер осознанно специализированной деятельности. Медицина рационализирует практику врачевания, критически воспринимает и вместе с тем отбрасывает то, что не выдерживает критики, не отвечает критериям той научности, которая оказывается ею усвоенной.

Первым теоретическим фундаментом эмпирического медицинского знания выступала философия или, точнее, предфилософия. Не случайно именно у Гомера отмечен факт обособления медицинской деятельности, ее специализации в древнегреческом обществе в лице легендарного Асклепия и его детей, получивших от своего отца не только дар, но и навыки излечения. Так, в «Илиаде» описано врачебное действие сына Асклепия Махаона. Когда стрелой оказался ранен Менелай, то об этом сообщают Махаону, и он спешит на помощь. «Язвину врач осмотрел, нанесенную горькой стрелой; Выжал кровь и, искусный, ее врачевствами осыпал, силу которых отцу его Хирон открыл дружелюбный» [5, с. 68].

Впрочем, господство мифологического сознания накладывает свой отпечаток на образ Асклепия и его детей: они полубоги и полубоги одновременно. Римский автор трактата «О медицине» А.К. Цельс, живший на рубеже двух эр, писал: «Относительно Асклепия большое, неисчислимое множество людей, как эллинов, так и варваров, единодушно утверждают, что часто его видели и еще (теперь) видят, притом не в виде призрака, а исцеляющим, благотворительствующим и предсказывающим будущее» [23, с. 286]. Вместе с тем рационализация врачебной практики, превращающая ее в медицину, весьма отчетливо заметна уже в гомеровском эпосе. Подсчитано, что в поэмах «Илиада» и «Одиссея» содержится 146 анатомических понятий [25, с. 11].

С момента подведения под практическое врачевание философского фундамента возникла коллизия расщепления медицины на теорию и практику, коллизия, которая никогда в дальнейшем не исчезала, но всегда по-разному интерпретировалась. Отдельно взятое медицинское знание – это, конечно, не сам процесс лечения больного или какие-либо другие лечебные действия, например профилактика заболеваний. Медицина как знание непосредственно лечить не может, оно выступает лишь необходимым условием, предпосылкой, основанием врачебного действия.

В контексте медицинской практики не видно того, что взятое само по себе знание не представляет собой систему, созданную на каком-то едином теоретическом основании. Поэтому в нем уживаются совершенно разнородные элементы, имеющие различную научную ценность. Как справедливо утверждает В.И. Моисеев, «медицинская деятельность еще во многом неоднородна и может сочетать в себе как элементы ясные, научно доказанные, так и разного рода домыслы, которые кажутся научными только из-за устоявшейся исторической привычки» [13, с. 371]. Это качество разнородности медицинского знания стало известно отнюдь не сегодня. Знаменитый основоположник гомеопатической медицины С. Ганеман фиксировал тоже самое в начале XIX в. С точки зрения Ганемана, та медицина, которая существовала в его время и претендовала на статус рациональной дисциплины, представляла собой конгломерат элементов из трех областей знания: 1) знание, примыкающее к наукам о природе (физика, химия, естественная история и т.д.) и к наукам о человеке (анатомия, физиология, антропология и т.д.); 2) медицинская практика – медицинское искусство, претендующее на адекватность научному знанию; 3) механическое, рутинное лечение, проводимое в соответствии с рекомендациями рецептурных справочников [2, с. 25]. Картина медицинской деятельности нарисована достаточно реалистично и не сильно отличается от нынешней действительности.

Понять истоки неоднородности медицинского знания можно, обратив внимание прежде всего на иерархическую организацию ме-

дицины. Разные уровни медицинского знания формируются в силу того, что цели, которые преследует медицина, требуют весьма различных средств: и решения фундаментальных вопросов о сущности здоровья и болезни, и предельно конкретных рекомендаций о том, как излечить пациента, поступившего сегодня в больницу, или как устранить профессиональные вредности в данном виде промышленного производства. Уровневый подход к болезни как центральной категории медицинского знания нашел широкое применение в современной литературе. Так, авторы «Патологической физиологии» говорят о болезни и как о философском обобщении, и как о типическом патологическом процессе, и как о нозологической единице, и, наконец, как о диагнозе заболевания у конкретного человека [14, с. 20-21].

Медицинское знание, имеющее в конечном итоге строго прикладную цель, строится из понятий и категорий фундаментальных наук как естественного цикла (анатомии, физиологии, химии и т.д.), так и гуманитарного (антропологии, психологии, истории и т.д.). Затем следует центральная составляющая медицинского знания – теория и опыт, которыми располагает клиническая медицина. Важным элементом медицинского знания выступают также теория и эмпирические знания ученых-медиков и организаторов здравоохранения, разрабатывающих и осуществляющих профилактические мероприятия. Нельзя сбрасывать со счетов знания подчас узкотехнические, которыми располагает и руководствуется многочисленный медицинский персонал, благодаря которому предписания врачей реализуются в лечебном процессе. Полностью невозможно и сегодня исключить из состава медицинского знания различные элементы мифологии, сведения и представления народной медицины о болезнях, здоровье, смерти, механизмах заражения, способах лечения и т.д., оказывающих заметное воздействие на пациентов, а иногда и на сознание врача-клинициста. Иерархия медицинского знания образует его структурное знание, носителем которого оказываются не только представители медицинской общественности, но и члены всего общества.

В силу разноуровневости медицинского познания наблюдение и эксперимент в фундаментальных науках определенным образом отличаются от наблюдения и эксперимента в клинической области. Если взять историю медицины, то фундаментальные естественные науки имели дело или с животным организмом, или с человеческим трупом. Клиницист же накапливал свой опыт в общении с пациентом, воздействие на организм которого нередко приводило к индивидуальным реакциям. Современная медицина говорит нам о том же. «Малейший терапевтический акт, даже самый незначительный, имеет важные биологические последствия, вызывает сложные химические явления... Врач будущего, – заявляет французский клиницист А.С. Залманов, – должен изучать многозначительную ценность этих

мельчайших явлений. Он должен знать, что можно быть великим экспериментатором, никогда не вскрыв ни одного кролика» [10, с. 9].

Приходится констатировать, что медицинское знание еще до всяких размышлений о его познавательных особенностях носило комплексный характер. Оно было областью пересечения знаний о человеческом организме, роднящем человека со всем животным миром, и в то же время в нем содержалось знание о человеке как существе социальном, реализующем себя в истории и культуре. Долгое время технологический элемент в медицине был почти незаметен. Современная медицина широко опирается на самые передовые, как сейчас говорят, высокие технологии, на возможность техники вступать с человеком в отношении симбиоза, сотрудничества, «кентавризма». Мы, люди-кентавры, по утверждению известного скульптора Э. Неизвестного. Когда мы разговариваем, то голос продолжается на магнитофоне, лицо – на пленке. Технология проникает в наши глаза, в руки, в голос, в сердце. «Как бы она ни имитировала и ни заменяла человека, техника более мертва, чем минерал, и бесконечно более мертва, чем дерево, и вместе с тем она неотделима от человека. Мертвая и лишённая формы, она присвоила функцию жизни» [11, с. 45]. Технично-технологический аспект медицинского знания сегодня постоянно возрастает.

Развивая тему комплексности медицинского знания, мы считаем необходимым остановиться на трех ее важнейших компонентах: естественнонаучном, гуманитарном, технологическом.

1. *Естествознание* – теоретическая основа медицины. Оно дает те фундаментальные знания, без которых клиническая теория и практика в современной научно ориентированной медицине невозможна. Медицина с момента своего зарождения в древности главное внимание уделяла телу человека, организму в целом, системам и отдельным органам, тканям, клеткам, химическим процессам, протекающим в тканевых и жидкостных средах. Общая теория болезни использует данные различных наук: анатомии, физиологии, гистологии, вирусологии, химии и т.д.

В философии науки широкое хождение имеет тезис о том, что эмпирическое познание возникает и приобретает статус неотъемлемого метода научного познания лишь в Новое время. Однако следует признать, что медицина всегда опиралась на данные, полученные опытным путем. Уже античные медики подчеркивали основополагающую роль эмпирического знания, хотя это обстоятельство, как-то до сих пор выпадающее из поля зрения философов, радикально не изменяло сути натурфилософского мышления, господствовавшего в головах античных интеллектуалов.

Сегодня нередко встречается мысль о том, что наука начинается тогда, когда «удаётся соединить две столь разные сферы – сферу эмпирических фактов и область теоретического знания» [13, с. 372].

В античной медицине была и эмпирия и теория. Но их соединение отнюдь не давало удовлетворительного синтеза с позиций современной науки, ибо в те времена связь эмпирического и теоретического уровней знания опиралась на натурфилософскую (метафизическую) основу. Эмпирия, соединенная с метафизической дедуктивной теорией, осуществлялась в контексте особой рациональности и особой картины мира. С.С. Аверинцев на Всесоюзной конференции «Проблемы комплексного изучения человека», состоявшейся в 1988 г., обратил внимание на то, что принятое противопоставление мифологической и рационалистической культур недостаточно для описания истории человеческого познания. Он ввел особый тип культурного сознания – метафизический, дополняющий два других и не совпадающий ни с мифологическим, ни с рационалистическим, проявившим себя в классической науке Нового времени [19, с. 56].

Мы полагаем, что метафизика, воплотившаяся, например, в натурфилософии как типе культуры, является вариантом рационализма, а не чем-то противоположным ему. Поэтому эмпирический опыт медицины, астрономии, биологии и других видов знания античности так органично соединялся с рождавшимися в эту эпоху метафизическими концепциями. Так, к примеру Гиппократ, основоположник Косской медицинской школы, внимательно наблюдал «что представляет собой человек по отношению к пище и питью» [3, с. 163]. Он так внимательно присматривался к тому, что человек ел и что пил, потому что он развивал учение о сохранении правильного соотношения жидкостей в организме (так называемая гуморальная теория). Собственно и анатомия человека Гиппократа интересовала лишь как способ познания форм органов тела, которые в зависимости от этого были способны в разной степени втягивать внутрь или служить проводящими путями для жидких и воздушных масс в теле человека [3, с. 164-165].

Совершенно иначе использовал обширный опыт вскрытия трупов Эрасистрат. Известный представитель кницкой школы развивал концепцию, идущую вразрез с гуморальной патологией Гиппократа. Эрасистрат вошел в историю медицины как автор теории «солидарной патологии», по которой болезни человека есть результат «плеторы», то есть избытка пищи, ее слабой усвояемости и застоя крови в венах. Мы видим две концепции, каждая из которых широко использовала опыт наблюдения, результаты врачебной практики: и Гиппократ и Эрасистрат не были чистыми кабинетными учеными или философами.

Праксагор (IV–III вв. до н.э.) – древнегреческий врач и анатом, представитель косской школы, вскрывая трупы и препарируя ткани, именно опытным путем установил различие между венами, несущими густую темную кровь, и артериями, в которых, сколько бы раз он не исследовал трупы, крови не было. Исходя из констатации это-

го факта, Праксагор сделал вывод, что кровь, образующаяся из пищи в печени, распространяется по всему телу с помощью лишь только венозных сосудов, артерии выполняют другую задачу – они снабжают тело не кровью, а пневмой, особой субстанцией жизненного духа [26, с. 45].

Говорят, что факты – упрямая вещь. Но в чем заключается упрямство факта? Наверное, только в том, что его существование невозможно отменить, он есть и в этом суть его непререкаемости. Однозначный смысл в себе факт не несет. Как показывает история научного познания, факт может быть легко соединен с различными и иногда прямо противоположными интерпретациями. В этом смысле факты – это железные опилки, послушно выстраивающиеся в тех направлениях и конфигурациях, которые им задают силовые линии теории.

Конкретный специализированный опыт медицинского исследования человека в различные исторические эпохи, как справедливо утверждает В.А. Рыбин, находил различные теоретические объяснения. Предмет исцеляющего воздействия интерпретировался то как «пневма» (Гален), то как «жизненная сила» (Парацельс), то как «внутренняя физиологическая среда» (К. Бернар), то как «клетка» (Р. Вирхов), то как «психосоматическое единство» (З. Фрейд), то как «биохимические процессы» (современная клиническая медицина) [16, с. 138]. На склоне лет в «Дневнике старого врача» Н.И. Пирогов с большим сожалением констатировал: «Я прожил только семьдесят лет – в истории человеческого прогресса это один миг, а сколько я уже пережил систем в медицине и деле воспитания! Каждое из этих проявлений односторонности ума и фантазии, каждое применялось по нескольку лет на деле, волновало умы современников и сходило потом со своего пьедестала, уступая его другому, не менее одностороннему» [15, с. 454].

Как и все европейское научное познание, неуклонно продвигающееся в глубь материи, патологическая анатомия последовательно переходила от исследования макрообъектов (органов тела человека) к микрообъектам (тканям, клеткам, органеллам и молекулам). До начала XIX в. методы морфологического и физиологического исследования вышли на уровень органов. Лишь в XIX столетии исследование смогло углубиться до уровня ткани. Биохимия и микробиология еще только формировались, а генетика и иммунология практически еще не существовали. С начала 40-х гг. XX в. начинается новый этап развития экспериментальной дисциплины, тесно связанный с исследованием внутриклеточных процессов. Это направление сформировало узких специалистов поглощенных решением частных проблем. Этот новый тип ученого «прагматика-фактолога» перестает задумываться над тем, что делается «вокруг» и какое значение могут иметь добытые им факты для понимания работы всего организма [17, с. 26].

Главной трудностью естественнонаучного подхода к объяснению болезни человека выступала задача соотнесения анатомических, физиологических, химических и других знаний, добытых в ходе исследования животных, с организмом человека. Постепенно все яснее осознавалась проблема единства фундаментального знания, полученного с помощью эксперимента в естественных науках, и того знания, которым должен быть оснащен врач-клиницист. Дело в том, что обнаруженные характеристики нового физического, химического или даже физиологического процесса, протекающего в животном организме, еще не дают собственно медицинского смысла, который может сформироваться лишь в клинике, а не в лаборатории «Наша физиология, – утверждает А.С. Залманов, – носит еще чисто лабораторный характер. То, что мы знаем, есть физиология животных, а не человека... В нашем организме в любое мгновение существует намного больше физиологических возможностей, чем об этом говорит сама физиология» [10, с. 8]. То, что человек является существом особого рода, часто затрудняет, а то и вовсе исключает перенос экспериментальных данных в клинику [21, с. 263].

2. *Гуманитарный аспект* медицинского знания прежде всего нас отсылает к клинической практике, ибо только здесь этот аспект оказывается востребованным в полной мере. Именно клиника есть средоточие медицины, главная цель которой излечить больного, максимально продлить период его активной творческой жизни, предотвратить заболевание. «Клиника должна быть исходным пунктом медицины как науки», – считает И.В. Давыдовский. При этом он вспоминает слова Цельса (древнеримского автора энциклопедического сочинения «О медицине»), который говорил, что «медицина возникла не после теоретического обоснования, но теория была найдена после возникновения практической медицины» [8, с. 9-10].

Несмотря на высочайшую оценку роли философии, которую она играет в мышлении врача («врач-философ богу подобен»), Гиппократ теорию ставил в зависимость от практики исцеления больного. «Из того, что выводится только путем рассуждения, нельзя почерпнуть ничего; это возможно только из показаний дела, ибо обманчивым и непрочным бывает утверждение, основанное на болтовне. Поэтому должно вообще стоять на том, что действительно происходит, и заниматься этими делами немалое время, если кто хочет приобрести себе ту легкую и безошибочную способность, которую мы зовем врачебным искусством» [4, с. 120]. Обращает на себя внимание мысль Гиппократа об уникальности клинического опыта в двух отношениях. Во-первых, опыт встречи врача с конкретным больным принципиально не может быть предрешен каким угодно теоретическим построением, и в силу этого оно оказывается несостоятельным в принципе, то есть равным, согласно Гиппократу, пустой болтовне. Уникальность опыта, почерпнутого в процессе

практического лечения, требует творческого подхода, не предусмотренного теоретической схемой. Во-вторых, уникальность клинического опыта заключается в необходимости его неуклонного и нередко немедленного воплощения в практические действия врача. Именно в силу этого свойства клинического знания Гиппократ и заявляет, что «во времени содержится удобный случай, а в удобном случае – малое время» [4, с. 119]. Знания теоретические – величина скалярная, знания клинические, врачебный опыт – представляет собой величину векторную.

Необходимость действовать в данную минуту подчас в условиях, когда конкретная картина заболевания еще далеко не уяснена и не вполне соотносена с теоретическими положениями, составляет самую острую ситуацию врача-клинициста, гениально очерченную мыслью Гиппократа. Не случайно многим великим клиницистам позднейших эпох так импонировала эта установка «отца европейской научной медицины», подчеркивающего в ней не столько характер науки, сколько искусства. К последователям Гиппократа относил себя Т. Сиденгам, которого потомки называли «английским Гиппократом». Так было и с К. Гуфеландом, немецким терапевтом, лейб-медиком короля Пруссии Фридриха-Вильгельма III. Их приверженность Гиппократу выражалась прежде всего и по преимуществу в том, что они, как и Гиппократ, признавали приоритет прикладного клинического знания над фундаментальной медицинской теорией. В этом смысле С.П. Боткина тоже можно отнести к гиппократовскому направлению. Как утверждает С.П. Боткин, установив диагноз, «врач обязан действовать, чем и отличается практический врач от натуралиста ученого, который, изучив ... объект..., может отложить дальнейшее исследование... Объект изучения не ждет врача-практика, требуется помощь иногда немедленная, безотлагательная...» [1, с. 1003]. Другая составляющая мышления врача-практика заключается в том, что действия врача разворачиваются в условиях «недостаточности фактической стороны исследуемого субъекта» [1, с. 1006].

Как и у педагога-практика, живой человек есть материал работы для врача-клинициста. Объект медицинского познания и практической деятельности – человек, обладающий не просто физическим телом, но и социокультурной телесностью, которую можно считать субстратом его социальных и личностно-духовных свойств. Поэтому область медицинского знания включает в себя не только естественнонаучные, но и гуманитарные его элементы. Однако между естественнонаучными и гуманитарными знаниями существуют глубокие различия, впервые подробно исследованные неокантианцами и представителями школы философии жизни. Различия в предмете и методологии этих двух областей знания таковы, что их соединение в

медицине носит лишь комплексный характер, что не позволяет ей оперировать завершенной, целостной картиной человека.

Здесь и заключался до сих пор основной и, видимо, неустрашимый в ближайшей перспективе изъян медицины, которая обречена, пользуясь поочередно знаниями из естественных и гуманитарных наук, сталкиваться с их взаимным несовершенством и односторонностью. При постоянной дифференциации и специализации естественных наук и их обособленности от наук гуманитарных врач вынужденно создает представления о человеке исходя из знаний об отдельных органах и системах его организма. Поэтому целостность картины человека даже на организменном уровне остается пока недостижимым идеалом. Этот недостаток медицинской картины человека хорошо осознан и сформулирован в литературе. «Не существует локальных заболеваний, болезней органов. Болен всегда человек в целом» [10, с. 9]. «Сколько несчастных больных со своим очевидным заболеванием бегают от одного специалиста к другому, потому что их почти никогда не подвергают полному осмотру. Изучаются документы, справки, но не рассматривается больной, которому приходится взывать о спасении к психоаналитикам и знахарям» [10, с. 152].

На всем протяжении развития научной медицины в Новое время «медицинская индивидуальность» человека сводилась к телу, то есть к объемному взаимодействию органов и систем в организме человека [16, с. 142]. На фоне этой общей практики редукции случаи целостного восприятия человека как предмета клинической медицины в деятельности современных врачей оказываются феноменом высочайшего искусства. С неподдельным восхищением описывает И.М. Сеченов развитый навык своего друга профессора С.П. Боткина воспринимать медицинскую индивидуальность человека, существующего во всей целостности его телесных и социокультурных качеств. «Для него (для С.П. Боткина – Ю.М.) здоровых людей не существовало, и всякий приближавшийся к нему человек интересовал его едва ли не прежде всего как больной. Он присматривался к походке и движениям лица, прислушивался, я думаю, даже к разговору» [18, с. 100. Примеч. 1]. В отечественной литературе отмечена страсть терапевта XIX в. к точному диагнозу, который предполагает интуитивное схватывание индивидуальных свойств пациента на уровне его личностной целостности [6, с. 37]. Лечащий врач еще не связывал свои надежды на формирование истинной картины болезни лишь со сбором объективных показаний. Современная медицина все более настойчиво и откровенно превращает текучие, неопределенные и изменчивые категории здоровья, нормы и болезни в строгие технические показатели, в точные приборные данные, в объективную информацию и все меньше нуждается в деликатном и вдумчивом наблю-

дении врача, общающегося с пациентом лицом к лицу, лечащего словом и даже уже одним своим появлением.

3. Данная перестройка массовой медицины – результат ее развития на основе, в качестве которой еще в начале индустриальной эпохи выступила *технологическая рациональность*. Именно этот тип рациональности обусловил самый распространенный подход к болезни как поломке или сбою в работе организма-машины. Соответствуя методологическим установкам классического естествознания, организационным и научным принципам материального производства и всех других форм деятельности, медицина с тем или иным успехом разрабатывает и применяет технологию восстановления-ремонта, уклоняющегося от нормального функционирования человеческого тела.

Столь характерный для классической науки механистический взгляд на Вселенную и человека тесно сопряжен с убеждением, что устранение заболевания является главной задачей медицины и что исцеление может быть лишь искусственным, насильственным и быстрым. Возможности самоисцеления человека при этом не учитываются и специально не рассматриваются. Такой взгляд способствует формированию и распространению ятрогенных заболеваний, масштабы которых сегодня не уменьшаются, а продолжают расти. А.С. Залманов сопоставляет плюсы и минусы влияния медицинской технологии медикаментозных средств: с одной стороны, уменьшилось число инфекционных болезней благодаря антибиотикам, но с другой – увеличилось число сердечно-сосудистых заболеваний и психических больных. «Разве не увеличились стократно аллергические заболевания? Разве уменьшилось количество злокачественных опухолей? Переживали ли когда-нибудь прежде пандемию гриппа, за восемь месяцев поразившую 80% населения Европы?» [10, с. 152].

Тревожит и то, что гуманитарная практика взаимодействия врача и больного в сфере медицины все больше замещается «ситуативно-прикладными наборами технических манипуляций», применяемых нередко не в пользу пациента, а в пользу фирм и корпораций, разрабатывающих и внедряющих эти технологии. «В США, например, по вине медицины умирает 200 тысяч человек из 9 миллионов, помещаемых ежегодно в больницы, при этом при правильной постановке диагноза, но побочных действиях лекарств в процессе лечения. Операция в США считается примерно в 10 раз безопаснее лечения, из-за чего там ежегодно делается свыше 4 миллионов ненужных операций» [16, с. 131]. Это, видимо, неизбежная плата за высокое техническое совершенство современной медицины.

Сегодня все больше дает о себе знать еще одна тенденция, суть которой состоит в замене бывшего отношения «врач – больной» новым – «врач – прибор – больной». Современный врач все меньше и меньше способен быть созерцателем, сегодня он склонен не выслушивать жалобы больного, а отправлять его на анализы. Реклама ме-

дицинского характера и вовсе предполагает оставлять пациента без присмотра врача наедине с каким-нибудь новым «чудодейственным» аппаратом, который, если судить по содержанию рекламы, лечит необозримый ряд серьезных заболеваний.

Теоретики медицины пытаются осмыслить сложившееся положение. Так, С.В. Туровская констатирует, что «современная медицина, являясь детищем научно-технической цивилизации, превратилась в комплекс естественнонаучных дисциплин с неизбежными потерями в гуманистическом содержании медицины и как учения, и как практики» [20, с. 316]. Главная причина такого плачевного положения медицины, на взгляд С.В. Туровской, заключается в нарастающем процессе объективизации знания о здоровье и болезни человека, ибо «всякая объективизация усредняет, формализует характеристики живого индивида вплоть до нивелировки его личностных свойств» [20, с. 316].

Нынешняя медицина вынужденно остается комплексной формой знания, ибо в ней отсутствует целостное представление о человеке. В области знания о человеке по-прежнему сталкиваются предметы и методологические установки естественных, гуманитарных и технических наук. В конце 1980-х гг. в Москве прошли несколько всесоюзных научных конференций и совещаний, в рамках которых ставились и решались проблемы создания целостной теории человека. На одном из этих форумов выступил В.С. Библер, с точки зрения которого комплексное изучение человека содержит опасность «комплексной редукции» теоретической модели человека к отдельным областям знаний о нем, в результате чего возможна утрата самого предмета исследования. Целостное, сущностное понимание человека может дать только философия, которая рассматривает его как уникального индивида и в то же время и как нечто всеобщее [19, с. 54]. На другом совещании выступил А.Г. Мысливченко, который тоже отметил, что человек остается «расчлененным» объектом познания и преодоление этой «расчлененности» вряд ли возможно на пути создания единой науки о человеке как форме частнонаучного знания. Вместо образования такой науки А.Г. Мысливченко считает необходимым формулирование регулятивной цели, которая должна освещать пути взаимодействия, взаимообогащения наук (естественных, гуманитарных и технических) в рамках философской концепции человека [12, с. 127].

Думается, что перспектива создания насущно необходимой целостной концепции человека, представленная в выступлениях названных выше философов, не способна быть вполне приемлемой для медицины, ибо в этой перспективе не учитываются возможности и накопленный научный опыт воссоздания целостной концепции человека в рамках самого медицинского знания. Между тем ее потенциал, ее опыт конкретно-научного знания человека, сосредото-

точный в фундаментальной медицинской теории болезни – общей патологии, опыт общения врача с пациентом, опыт борьбы медицины за утверждение здорового образа жизни, позволяет ей надеяться на создание целостной научной картины человека через широкое вовлечение в круг медицинских понятий философских категорий и духовного багажа современной культуры. Однако этот результат не может быть достигнут, если медицина будет лишь воспроизводить сложившуюся установку на комплексную природу своего знания, как это мыслят авторы одного серьезного учебного пособия [22, с. 477].

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Боткин С.П. Общие основы клинической медицины // Сеченов И.М., Павлов И.П., Введенский Н.Е. Физиология нервной системы. Избранные труды. Вып. 3. Кн. 2. М., 1952. С. 995-1007.
2. Ганеман С. Органон врачебного искусства. М., 1936. 208 с.
3. Гиппократ. Наставления // Избранные книги. М., 1936. С. 143-169.
4. Гиппократ. О древней медицине // Наставления. Избранные книги. М., 1936. С. 117-126.
5. Гомер. Илиада. М., 1984. 432 с.: ил.
6. Губергриц А.Я. Непосредственное исследование больного. Изд. 2-е. М., 1972. 376 с.
7. Гулыга А.В. Шеллинг. Изд. 3-е. М., 1994. 315 с.
8. Давыдовский И.В. Общая патология человека. Изд. 2-е. М., 1969. 611 с.
9. Еремеев В. «Инь» и «Янь» и пять «управителей жизни» // Азия и Африка сегодня. М., 1989. № 12. С. 55-56.
10. Залманов А.С. Тайная мудрость человеческого организма (Глубинная медицина) / Пер. с фр. и нем. М.; Л., 1966. 168 с.
11. Кентавр: Эрнст Неизвестный об искусстве, литературе и философии / Сост. А. Леонг. М., 1992. 240 с.
12. Лощаков Д.Г. Методологические и социально-этические проблемы комплексного изучения человека. Об итогах Всесоюзного совещания по философским и социальным проблемам науки и техники // Вопросы философии, 1988. № 2. С. 127-131.
13. Моисеев В.И. Философия науки. Философии биологии и медицины. М., 2008. 560 с.
14. Патологическая физиология / Под ред. Н.Н. Зайко и Ю.В. Быця. Изд. 5-е. М., 2008. 640 с.
15. Пирогов Н.И. Избранные педагогические сочинения. М., 1985. 494 с.
16. Рыбин В.А. Эвтаназия. Медицина. Культура. Челябинск, 2006. 392 с.
17. Саркисов Д.С., Пальцев М.А., Хитров Н.К. Общая патология человека. Изд. 2-е. М., 1997. 608 с.
18. Сеченов И.М. Автобиографические записки. М., 1952. 292 с.
19. Собкин В.С., Филиппова Е.В. Перестройка – человек – наука о человеке // Вопросы философии, 1988. № 7. С. 46-62.

20. *Туровская С.В.* Здоровье как философская проблема // Логос живого и герменевтика телесности. Ежегодник. Вып. 13-14 / Под ред. О.К. Румянцева. М., 2005. С. 300-328.
21. *Философия медицины* / Под ред. Ю.Л. Шевченко. М., 2004. 480 с.
22. *Хрусталеv Ю.М., Царегородцев Г.И.* Философские проблемы медицины // *Философия естественных наук* / Под ред. С.А. Лебедева. М., 2006. С. 475-550.
23. *Цельс.* Правдивое слово / Ранович А.Б. Первоисточники по истории раннего христианства. Античные критики христианства. М., 1990. С. 263-331.
24. *Эпикур.* Отрывки из сочинений и писем // *Материалисты Древней Греции.* М., 1955. С. 218-227.
25. *Этинген Л.Е.* Страна Анатомия. М., 1982. 288 с.
26. *Яновская М.И.* Очень долгий путь (Из истории хирургии). Изд. 2-е. М., 1977. 224 с.

RESUME

Yuri Ivanovich Miroshnikov, Doctor of philosophy, associate professor, head of Educational department of philosophy, Institute of Philosophy and Law, Ural branch of Russian academy of sciences.

Ekaterinburg; (343) 362-34-07 miroshnikov1941@mail.ru

Specificity of the medical cognition and problems of its object's integrity

The medical cognition is considered in the article as combination of natural-scientific, humanitarian and technological elements. The author argues that basic problem of medical knowledge is the absence of unified scientific theory of human being, which could explain health and malady in the framework of integral approach toward human being as the subject of culture.

Natural-scientific, humanitarian, technological elements of medical cognition; fundamental and applied aspects of medical knowledge about human being's health, norms and maladies; problem of integral scientific human being's pattern in the area of medical knowledge.

Материал поступил в редколлегию 20.04.2009 г.