

УДК:167.7(575.2)(04)

Алия Каныбек кызы

*Соискатель Института философии имени академика А.А.Алтымышбаева
Национальной академии наук Кыргызской Республики
г. Бишкек, Кыргызстан.*

Алия Каныбек кызы

*изилдөөчү, академик А. Алтымышбаев атындагы Философия институту,
Кыргыз Республикасынын Улуттук илимдер академиясы,
Бишкек, Кыргызстан.*

Aliya Kanybekovna

*Candidate of the Institute of Philosophy named after Academician A. N.Altmyshbaev
of the National Academy of Sciences of the Kyrgyz Republic,
Bishkek, Kyrgyzstan*

ФИЛОСОФСКИЙ КОНТЕКСТ СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ

ЗАМАНБАП МЕДИЦИНАЛЫК БИЛИМДИН ФИЛОСОФИЯЛЫК КОНТЕКСТИ

THE PHILOSOPHICAL CONTEXT OF MODERN MEDICAL KNOWLEDGE

Аннотация. Мировоззрение медицинских специалистов – их философская подготовка – являются важным фактором развития системы здравоохранения. Гуманитарные дисциплины в медицинских учебных заведениях укрепляют мировоззренческую базу будущих докторов. Поскольку основной фронт для медиков – не только лечение болезней, и не просто выздоровление тела пациентов, но прежде всего – это работа сознания, мысли и воздействие на душу пациентов. Поэтому философская база медицинских знаний остается актуальной, как и в древние времена. Кто правильно мыслит – тот правильно лечит болезни.

Современный подход к медицинским знаниям имеет огромное социально-психологическое значение в условиях повышения рисков комплексного характера: эпидемиологических, геополитических, экономических и экологических. От современного медика требуется всесторонняя интеллектуальная и культурологическая подготовка перед лицом кардинально-глобальных изменений.

Ключевые слова: мировоззрение, философская база, credenциализм, аподиктический метод, конвенционализм, линии Гиппократ, Авиценны, Парацельса и Галена.

Аннотация. Медициналык адистердин дүйнө тааным – алардын философиялык даярдыгы – саламаттыкты сактоо тутумунун өнүгүшүнүн маанилүү фактору. Медициналык окуу жайлардагы гуманитардык илимдер болочок дарыгерлердин дүйнөгө болгон көз карашын бекемдейт. Дарыгерлер үчүн негизги фронт ооруларды дарылоо гана эмес, бейтаптардын денесин калыбына келтирүү гана эмес, баарынан мурда – бул аң-сезимдин иши, ойлор жана бейтаптардын жан дүйнөсүнө тийгизген таасири. Демек, медициналык билимдин философиялык базасы байыркы мезгилдегидей актуалдуу бойдон калууда. Ким туура ойлонсо, ал ооруларды туура дарылайт.

Эпидемиологиялык, геосаясий, экономикалык жана экологиялык: медициналык билимге заманбап мамиле комплекстүү мүнөздөгү тобокелдиктерди жогорулатуу шарттарын да зор коомдук-психологиялык мааниге ээ. Заманбап медицина кызматкеринен глобалдык кескин өзгөрүүлөрдүн алдында ар тараптуу интеллектуалдык жана маданий даярдык талап кылынат.

Негизги сөздөр: дүйнөтааным, философиялык база, креденциализм, аподиктикалык метод, конвенционализм, Гиппократ, Авиценна, Парацельс жана Галендин тукумдары.

Abstract. The worldview of medical specialists - their philosophical training - is an important factor in the development of the healthcare system. Humanities disciplines in medical high schools strengthen the worldview base of future doctors. Since the main front for doctors is not only the treatment of diseases, and not just the recovery of the body of patients, but above all - it is the work of consciousness, thought and impact on the soul of patients. Therefore, the philosophical base of medical knowledge remains relevant as in ancient times. He who thinks correctly - he treats diseases correctly.

The modern approach to medical knowledge is of great socio-psychological importance in the context of increasing risks of a complex nature: epidemiological, geopolitical, economic and environmental. A modern physician is required to have comprehensive intellectual and cultural training in the face of radical global changes.

Keywords: philosophical worldview, philosophical base, credentialism, apodictic method, conventionalism, the lines of Hippocrates, Avicenna, Paracelsus and Galen.

Общепринято мнение, что современные медицинские знания – суть комплексное понятие, включающее наиболее важные аспекты строения человеческого организма, функционирования отдельных его органов и систем и применение этих знаний в целях соблюдения нормального режима труда и отдыха, необходимых санитарно-гигиенических правил для предупреждения заболеваний организма и умения оказывать само- и взаимопомощь при травмах, повреждениях и неотложных состояниях.

Не только существование, но и выживание человека становятся определяющими парадигмами современного человечества, которое, казалось бы, имеет все основания не бояться за свою жизнь в условиях цивилизационного уровня: в реальном плане любые болезни излечимы, если предпринять превентивные меры по недопущению развития синдромов недугов от эпидемиологических до онкологических причин. Однако всесторонняя атака на организм стрессовыми ситуациями и вечный дефицит внимания людей к собственному телу, а также психологические факторы профессиональной усталости являются актуальными проблемами для большинства фирм и учреждений в условиях интенсификации профессиональной активности и возрастания нагрузок на психику человека.

Сейчас принято считать, что медицинские знания формируются из информации и опыта, накопленных в лечебной практике. Переработка и применение новых научных

открытий для улучшения здоровья человека и решения социальных проблем (например, внимательное отношение к кадрам) становятся самыми приемлемыми принципами в здравоохранении.

Современные медицинские знания структурно мало чем отличаются от прежних. Однако современный медик – это многогранный специалист, вышедший за рамки узкой профессиональной деятельности, с разносторонними интересами в науке и практике. Он вооружен цифровой технологией, искусственным интеллектом.

Классическое определение медицины как прикладной науки, включающей диагностику, лечение и профилактику заболеваний, несколько обогатилось. Медицина стала системой научных знаний и практической деятельности, целями которой являются укрепление и сохранение здоровья, продление жизни, предупреждение и лечение болезней человека и животных (ветеринарная медицина), а также облегчение страданий от физических и психических недугов. Современный медик – и психолог, и философ, и специалист по искусственному интеллекту (по Википедии).

Помимо образованности – специальных теоретических и практических знаний – хорошего врача и сегодня характеризует умение размышлять, способствующее также избавлению больного от страданий. Ибо от стадии постановки диагноза – до относительного вылечивания пациента лежит *процесс взаимодействия* врача и пациента. Для

хорошего профессионала больные не являются исключительно *объектом* воздействия. Прогрессивное лечение строится на понимании того, что сегодняшний пациент тоже *субъект* врачевания, так как современные пациенты обладают разносторонними знаниями. Вот и поэтому мы используем слово «взаимодействие». Тут философское мировоззрение и этические установки доктора во многом играют решающую роль.

Такое коммуникативное умение Эпикур (342/341 до н. э. – 271/270 до н. э.) считал лекарством философским, его «тетрафармакон» (тетраφάρμακος) – четырехчастное лекарство для счастливой жизни: 1) «Существо блаженное и бессмертное ни само забот не имеет, ни другим не доставляет, а поэтому не подвержено ни гневу, ни благоволению: все подобное свойственно слабым», – не нужно бояться богов; 2) «Смерть для нас ничто», – не нужно бояться смерти; 3) «Предел величины наслаждений есть устранение всякой боли. Где есть наслаждение и пока оно есть, там нет ни боли, ни страдания, ни того и другого вместе», – счастье возможно достичь; 4) «Непрерывная боль для плоти недолговременна. В наивысшей степени она длится кратчайшее время; в степени, лишь превышающей телесное наслаждение, – немногие дни; а затяжные немощи доставляют плоти больше наслаждения, чем боли», – не нужно бояться боли [7, с. 319-320]. Поэтому же от мудрости врача в большей степени зависит выздоровление пациента, где именно размышление, как в одиночестве, так и «с тем, кто подобен тебе» [7, с. 319]. Больного наполовину можно залечить теплыми бодрящими словами и заботливыми руками. Причем не слепое следование инструкциям и советам, помогает избавлению больного от страданий и, следовательно, обретению счастья – поистине быть здоровым после общения с таким доктором. Тут можно говорить о так называемом «конвенциональном» аспекте врачевания.

Великий Гален владел т.н. аподиктическим (происходит от др.-греч. ἀποδεικτικός «показывающий воочию», убедительный; построенный на фактах) научным методом. Критерием истины для Галена является изучение устройства живого организма, а логические выводы зависят от точности

знания анатомии человека. Таким образом, природа доказательных суждений Галена лежит на их практическом содержании; эти суждения выражены в правильной логической форме, а не только на формальной логической структуре, предлагаемой стоиками при изучении функций человеческого тела, что в конечном итоге приводит к неправильным методам лечения [8]. Поэтому основу современных знаний составляют два предельно широких понятия – Факт и Метод.

Что касается так называемого «Гиппократова корпуса», он содержит в себе и сочинения, написанные на философском фундаменте гуморального (лат. humor – «влажность, влага») направления в медицине. Идея о наличии материальной первоосновы бытия стала основой материалистического представления Гиппократов о целостности человека и природы, а также причин заболеваний. Гиппократ полагал, что первоосновой организма является жидкость [4, с. 688]. Жидкость в живом организме существует в 4-х формах: кровь, слизь (флегма), желтая желчь и черная желчь (венозная кровь). От соотношения этих жидкостей зависят здоровье (когда жидкости находятся в состоянии гармонии) и болезнь (когда недостает либо обнаруживается избыток одной из жидкостей) организма. [4, с. 197].

В известном трактате «О враче» Гиппократ рассуждал не только о том, каким должен быть врач, но и о врачебном кабинете и о простых хирургических манипуляциях [4, с. 97]. Остаются актуальными его суждения о том, что медицина делает всех врачей истинными философами, так как они обеспокоены судьбой людей (и в этом подобны богам [4, с. 111]), а не тем, как называется их болезнь. Это – благородное служение людям, которое возможно, если человек, обучающийся медицине, имеет «природное расположение, обучение, удобное место, наставление с детства, любовь к труду и время» [4, с. 93].

В то же время нельзя не упомянуть научно-гносеологическое наследие Абу али Ибн Сины (Авиценны) как приверженца науки о формах мышления в качестве *понятийного аппарата, суждений, умозаключения и доказательств*. Он считал: кто правильно мыслит, тот прокладывает прямой путь к эффективному избавлению от болезней. Ибн Сина,

следуя Аристотелю в понимании предмета метафизики, различает возможно сущее, существующее благодаря другому, и абсолютно необходимо сущее, существующее благодаря себе, утверждает соичность мира Творцу [5, с. 57]. Творение в вечности Ибн Сина объяснял с помощью неоплатонического понятия эманации, обосновывая таким образом логический переход от первоначального единого к множественности тварного мира. Индивидуальная душа же образует с телом единую субстанцию, обеспечивающую целостное воскрешение человека; носителем философского мышления выступает конкретное тело, предрасположенное к принятию разумной души. Абсолютная истина может быть постигнута посредством интуитивного видения, которое предстаёт кульминацией процесса мышления [5, с. 80].

Что касается врача-экспериментатора и лекаря эпохи Просвещения Парацельса, он был практикующим философом и блестящим алхимиком. Его изумительные натурфилософские работы были плодом многолетней практики врачевания и упорных исканий истины на деле, при этом являясь хорошим примером для медиков всех направлений [8, с. 299].

Врачи в 18-19 веках претендовали на авторитет не на основе науки, а из-за высокого джентльменского статуса. Простолюдины медиками не могли быть. Этот авторитет был подтвержден посещением элитных университетов и знанием классического обучения. Медицина была «мужской» профессией среднего класса. Постоянно растущие образовательные требования служили для того, чтобы отпугнуть или отсеять рабочий класс и группы бедных меньшинств из медицинской сферы. Но со временем медицина стала одной из привилегий многих социальных групп, утверждавших, чтобы использовать научные открытия для улучшения благосостояния людей. Медицина, основанная на индивидуальной биологии и микробной теории, вирусологии, паразитологии, возобладала над медициной общественного здравоохранения, сосредоточенной на социальных корнях болезней в условиях бедности и плохих бытовых условий [10].

Открытие пенициллина, профилактика и лечение оспы и холеры, ликвидация послед-

ствий эпидемии «испанской» чумы коллективными усилиями медиков Европы стали неоспоримой победой человеческого разума над невидимыми убийцами – объектами микробиологии. Достижения генетической науки к концу прошлого столетия, расшифровка генома человека привели к расширению мировоззрения людей. Возросший интерес к изучению влияния генетики на понимание и анализ современного общественного здравоохранения влечет за собой критический анализ знаний и практик здравоохранения и связанной с ними формы социального регулирования [12, с. 4].

В XX веке медицина утверждала авторитет из-за своей связи с быстро растущим престижем науки. Женщины получили возможность овладеть медицинской профессией наряду с мужчинами. Есть ли сегодня необходимость противопоставления традиционной медицины другим направлениям, таким как «альтернативная», «народная» медицина? Понятие «медицины» уточняют как «общепринятая», «доказательная», научная, «официальная», а иногда *конвенциональная медицина* (от англ. *conventional*, суть коей – «обычный, традиционный, общепринятый»). Но если методы альтернативной медицины используют совместно с общепринятыми, такую практику принято называть «*комплементарной*». Различие заключается в логических и философских формулах профессиональной деятельности в целом. Вот тут и лежит императив логико-философского подхода к медицинским знаниям. Например, разразившаяся в 2019-2020 гг. весьма контагиозная пандемия «Ковид-19», поставила ребром вопрос о тотальном выживании человеческого рода: многие ценности люди были вынуждены пересмотреть, так как резко встал экзистенциальный вопрос земной расы *Homo Sapiens*. Ныне же, в условиях усиления гонки вооружений и появления все больше опасных «горячих точек» на планете, медицинские знания в совокупности с гуманитарными науками должны занимать приоритетное место в системе образования.

Трансгуманитарный кластер знаний, предлагаемый нами, мог бы стать универсальным средством нового медико-философского мышления. В таком случае есть необходимость привести цитату из нашей статьи:

«Сотворчество (co-creation, aspectual vision) является мостом к восходящей парадигме знаний в ключе эвристического сопереживания с природой. Поэтому среда психична, и сие “тонкое” свойство ее возрастает. Чем больше осознание этого фактора, тем значительнее негэнтропия в социоприроде» [2, с. 225].

К примеру, мозг человека «оказался многомерной структурой, доходящей вплоть до 11-го измерения. Стало быть, потенциальные возможности этого главного органа человека практически безграничны...» [2, с. 226; 6, с. 52-55]. Это утверждение претендует стать теоретическим подспорьем для нейробиологов, нейрохирургов и патологоанатомов.

По мнению некоторых исследователей, медицинские знания и медицинская власть тесно связаны. Контроль над производством знаний, а также присущий им *креденциализм* (приверженность к верификации) являются методами, посредством которых медицина достигла и сохраняет контроль над здравоохранением. Профессия современного медика управляет производством знаний в медицинских учебных заведениях или вырабатывает комплекс медицинских наук. Врачи являются хранителями доступа к пациентам и рецептурным препаратам, важнейшим аспектам исследовательской деятельности [12].

Такое видение медицинского знания предполагает учет глубинных когнитивных и нооэтических структур, воздействующих на здоровье и самовосприятие человека в системе взаимодействия «организм — общество — природа».

Нельзя обойти вниманием и социогуманитарный аспект медицинского знания. Современные исследователи отмечают тесную связь между **медицинским знанием и медицинской властью**. Контроль над производством и распространением знаний, а также институционализированный *креденциализм* (ориентация на формальную верификацию знаний) — это механизмы, с помощью которых медицина сохраняет гегемонию в сфере здравоохранения. Медицинская профессия выступает не только носителем, но и арбитром знания: врачи контролируют образовательный процесс в

медицинских вузах, формируют дисциплинарное поле медицинских наук, а также осуществляют доступ к пациентам и фармакологическим ресурсам [11].

Текущая «рационализация» здравоохранения ослабила связи между медицинскими знаниями и медицинским авторитетом как в отношении медицинского контроля над системами здравоохранения, так и над клинической работой. Экономисты, планировщики и менеджеры во всем мире стали заявлять о большей экспертизе в политике здравоохранения, чем врачи. Государственное или корпоративное участие в системах здравоохранения, новые способы оплаты, финансирование оборудования, контроль страховых компаний, коммерческие медицинские корпорации, государственные протоколы и клинические рекомендации формируют то, что врачи делают в своей повседневной работе [12].

Медицинские знания относятся к информации и опыту, накопленным в области медицины. Они охватывают понимание и применение научных принципов и практик для улучшения благополучия человека и решения проблем со здоровьем. Особенно актуальны вопросы прикладного использования разработок в области искусственного интеллекта. Поведенческие и практические аспекты применения ИИ исследуются прежде всего как философская проблема, ибо эта новизна становится экзистенциальным вопросом дихотомии «врач-пациент» [13].

Отношения между медициной и социальными науками изменились особенно за последние три десятилетия. Когда-то медицина использовала социальные науки для выполнения своих собственных задач. Обычно социологов просили помочь понять, почему некоторые пациенты «не соблюдают» медицинские режимы. Попутно заметим, что в 90-е и 2010-е годы в Кыргызстане проводились социологические исследования с участием зарубежных экспертов по заказу международных организаций, таких как ЮСАИД, где по результатам этих исследований отношения пациентов и медицинских работников были ниже ожидаемого уровня взаимной симпатии. Тогда же выяснилась острая необходимость психологической и философской подготовки медиков в нашей стране.

Теперь же, по мнению некоторых ученых, социальная наука в мире начала подрывать авторитет медицины, бросая вызов биомедицинской парадигме, фокусируясь на медицинской власти и личных интересах, а также поддерживая точку зрения, что здоровье определяется больше социальными факторами, чем здравоохранением. Анализы социальных наук когда-то были имплементацией «внутри» медицины, но теперь все больше исходят «от» медицины.

Сегодня же медики хорошо осознают, что стремление к умножению врачебного опыта, профессиональной этики, поиску более совершенных средств избавления людей от болезней: больших и малых, физических и душевных – их профессиональное призвание. Этот «человеческий фактор» имеет первейшее значение в медицинской практике. Дефицит такого профессионального фактора в редких случаях может стать и причиной досадных врачебных ошибок и бездушного отношения к больным. Личность доктора имеет ключевое значение в процессе лечения и ухода за больными. Пациент в руках хорошего врача не только выздоравливает, но прежде всего изменяется сам в силу изменений, произошедших в его мышлении под влиянием врача.

К сожалению, есть случаи, когда в некоторых медицинских учреждениях больные, попав в руки врачей и младшего медперсонала, становятся заложниками равнодушия и невербального вымогательства за врачебные и лечебные действия. Без определенной mzды пациенты рискуют оставаться буквально без надлежащего присмотра со стороны медперсонала. Такой крайне трагичный случай как смерть пациента по вине медперсонала порою остается без надлежащего анализа и организационных выводов.

Недавние события подорвали давление медицинских претензий на экспертность. Новые формы знаний бросают вызов этим профессиональным основам. В наши дни эксперты, не являющиеся врачами, подвергают сомнению эффективность конкретных медицинских процедур. Новый корпус клинических эпидемиологов и других, часто по приказу правительств, заняты формулированием того, что работает, а что нет. Даже клиническая работа может быть рутинизи-

рована с помощью медицинских инструкций или бесконечных протоколов [12].

Применяя медицинские знания к практическим проблемам, суть того, что значит быть профессией, медицина развивает интересы, не обязательно предопределенные медицинскими знаниями и не обязательно соответствующие потребностям или интересам пациентов, общественности или налогоплательщиков. Чтобы служить своим собственным интересам, медицина во многих странах выступала против «вмешательства государства» в здравоохранение или попыток сделать доступ к медицинской помощи более справедливым. Текущая «рационализация» здравоохранения ослабила связи между медицинскими знаниями и медицинским авторитетом как в отношении медицинского контроля над системами здравоохранения, так и над клинической работой.

Мы, в свою очередь, отмечаем, что доказательства западных исследователей (Эванс и Стоддарт) открыты для альтернативных интерпретаций — и, по сути, их выводы относительно важности создания богатства не отражают напрямую представленные доказательства и указывают на чрезмерно упрощенную связь между богатством и здоровьем. Их взгляд также не имеет явной содержательной теории общества и социальных изменений и предоставляет удобное прикрытие тем, кто хочет демонтировать государство всеобщего благосостояния во имя сокращения дефицита. Альтернатива теории «доминирования поставщика» Эванса, Стоддарта и их коллег подчеркивает, что факторы или силы, производящие состояние здоровья, которые они описывают, держатся в более крупном целом (развитом промышленном капитализме), который придает частям их характер и формирует их взаимосвязи. Этот альтернативный взгляд лучше объясняет ситуацию, в которой системы здравоохранения являются такими же дорогостоящими или обширными, как они есть, и предлагает иные политические пути [11].

Изменились и сами отношения между медициной и социальными науками. Когда-то медицина использовала социальные науки для выполнения своих собственных задач. Обычно социологов просили помочь понять, почему некоторые пациенты не

«соблюдают» медицинские режимы. Теперь социальные науки начали подрывать медицинский авторитет, бросая вызов биомедицинской парадигме, сосредоточившись на медицинской власти и личных интересах, а также поддерживая точку зрения, что здоровье определяется больше социальными факторами, чем здравоохранением. Анализы социальных наук когда-то были «в» медицине, но теперь все больше «вне» медицины [10].

Основы медицинских знаний подвергаются сомнению новыми взглядами на науку, в которых знание рассматривается как социально сконструированное или определенное, а не как наука, напрямую отражающая «природу». Сейчас есть утверждения, что медицина «конструирует» тело, а не просто «открывает» его. Биомедицина не рассматривается как научно нейтральная, а как притязание на истину в борьбе за власть. С этой точки зрения профессия также рассматривается как часть попыток государства контролировать население с помощью неявных методов «надзора» и внедрения норм поведения с помощью различных одобренных медициной способов мышления и действия (Petersen and Bunton 1997, Turner 1995) [12, 1998 г.].

Чтобы решить проблему медицинских знаний широкого профиля, международные исследователи начали искать внешнюю информацию за пределами имеющихся в настоящее время медицинских наборов данных. Традиционные подходы обычно используют информацию из естественных данных с помощью трансферного обучения. Более поздние работы используют знания предметной области от врачей, чтобы создавать сети, которые напоминают, как обучаются врачи, имитируют их диагностические шаблоны или фокусируются на особенностях или областях, которым они уделяют особое внимание. Суммируют текущий прогресс в интеграции знаний медицинской области в модели глубокого обучения для различных задач, таких как диагностика заболеваний, обнаружение поражений органов и аномалий, сегментация поражений и органов. Для каждой задачи систематически классифицируют различные виды знаний в медицинской области, которые были использованы, и соответствующие им методы интеграции. В то же время мировоззрение врачей различ-

ных профилей стало играть ключевую роль в постановке медицинских задач.

Предоставляются текущие проблемы и направления для будущих исследований. Уменьшение сложности модели, так и использование методов дополнения данных фокусируются только на целевой задаче на заданных наборах данных, но не вносят никакой новой информации в модели глубокого обучения. В настоящее время введение большего количества информации, выходящей за рамки заданных медицинских наборов данных, стало более перспективным подходом к решению проблемы небольших медицинских наборов данных.

Текущая «рационализация» здравоохранения ослабила связи между медицинскими знаниями и медицинским авторитетом как в отношении медицинского контроля над системами здравоохранения, так и над клинической работой. Экономисты, планировщики и менеджеры заявляют о большей экспертизе в политике здравоохранения, чем врачи. Государственное или корпоративное участие в системах здравоохранения, новые способы оплаты, финансирование оборудования, контроль страховых компаний, коммерческие медицинские корпорации, государственные протоколы и клинические рекомендации формируют то, что врачи делают в своей повседневной работе.[11]

Гуманитарные дисциплины, такие как этика, психология, философия, социология и лингвистика стали спутницами медицинских знаний, предоставляя все больше «внешней» информации, в дополнение «внутренним» медицинским данным. В условиях небывалого повышения самооценки людей и роста значимости здорового образа жизни философская база медицинского образования занимает аксиологическое значение, так как мы имеем дело с возрастанием жизненных ценностей в борьбе за выживание каждого индивида.

Мировоззренческая позиция медицинского специалиста, включающая элементы философской подготовки, играет ключевую роль в развитии здравоохранения. Гуманитарные дисциплины в системе медицинского образования формируют критическое мышление, способствуют нравственной рефлексии и формированию целостного взгля-

да на человека. Врач в XXI веке — не только клиницист, но и мыслящий субъект, взаимодействующий с телесной, ментальной и духовной реальностью пациента. Современные вызовы — от эпидемиологических до геополитических — требуют от медицинского работника не только профессионализма, но и философской мудрости.

Говоря о **природе медицинского знания**, мы поддерживаем точку зрения, что, собственно, медицина исторически развивалась как синтез практического опыта, натурфилософии и нравственной рефлексии. В Древней Греции врачевание неотделимо от философии: Пифагор, Гиппократ и Галена мыслили здоровье как гармонию, а болезнь — как утрату равновесия между природными началами (χύμοι). В арабо-мусульманском мире философские трактаты Авиценны (Ибн Сины) стали основой медицинского знания, в котором логика, метафизика и эманационная космология играли важнейшую роль.

Ибн Сина, следуя Аристотелю, различал уровни бытия: возможное, необходимое и сущее благодаря иному. Через концепт эманации он объяснял происхождение множественного мира из Единого, соединяя рациональное мышление и интуитивное постижение истины [5, с. 255]. Его трактаты служили моделью для врача-философа, соединяющего гносеологию, метафизику и этику. *«Кто правильно мыслит — тот правильно лечит»* — парадигма, уходящая корнями в рационализм Ибн Сины и стоицизм Гиппократов.

С переходом к Новому времени фигура врача смещается от философа и натуропата к экспериментатору. Парацельс — яркий представитель переходной эпохи, соединявший алхимию, герметизм и клинический опыт. Его работы были направлены на преодоление догматического наследия схоластической медицины и утверждение практики как источника истины. Просвещение, эмпиризм и становление научной медицины являются историческими фактами, отражающими метод исследования различных аспектов болезней.

К XVIII–XIX векам формируется новая модель медицинской власти — через **креденциализм**, т.е. институциональное признание

знания через дипломы и научные звания². Социальное положение врача начинает определяться принадлежностью к университетской элите, а не только практической эффективностью.

Современная медицина всё чаще определяется как конвенциональная — т.е. основанная на научных консенсусах, временных нормах и допущениях, вырабатываемых в профессиональных сообществах. Параллельно возникает так называемая «доказательная медицина», ориентированная на статистику, двойные слепые исследования и алгоритмизацию практики.

Тем не менее, кризис COVID-19 (2019–2020) вскрыл пределы этой модели: наряду с биомедицинскими аспектами пандемия поставила в повестку вопросы экзистенциального выбора, страха, уязвимости и доверия — ключевые категории философской антропологии [1]. Пандемия актуализировала необходимость интеграции гуманитарного знания в клиническую практику.

Относительно новыми практическими направлениями в медицине стали такие понятия, как **этика, трансгуманизм и нейрофилософия**. Медицинские знания в XXI веке невозможно мыслить вне этики и философии. Биоэтика как междисциплинарное направление включает:

- вопросы эвтаназии,
- репродуктивной медицины,
- трансплантологии,
- нейроэтики (свобода воли, память, манипуляции сознанием),
- ИИ в диагностике и терапии.

Появление концепций «медицины здоровья», «медицины предрасположенностей», нейроэстетики и цифровой психиатрии демонстрирует расширение границ медицинского знания в сторону философии сознания и этики будущего [9].

Современная медицинская наука затрагивает важную философско-социальную тему — **креденциализм** и формы власти, скрытые за медицинским знанием.

Медицинская профессия владеет символическим капиталом, определяя границы допустимого: кто является пациентом, какие методы являются легитимными, что такое «здоровье». Бюрократизация и корпоративизация медицины приводит к утрате лич-

ностного измерения и подмене врачебного этического долга менеджериальным протоколом [10]. При этом, медицинская власть, как отмечал М. Фуко, представляет собой не просто институционализированный контроль над телесностью, но и форму **эпистемологической гегемонии**, определяющей, что считать болезнью, кто вправе говорить от имени «здоровья» и какие дискурсы считаются легитимными [8]. Возникает феномен **креденциализма**, при котором доступ к медицинскому дискурсу строго регулируется наличием формализованных признаков принадлежности к экспертному сообществу — дипломов, сертификатов, лицензий. Тем самым формируется закрытая система воспроизводства власти, где знание становится инструментом социальной селекции и нормативного контроля.

Современная бюрократизация и корпоративизация медицинской сферы усугубляют этот процесс. Этическое измерение медицины, основанное на личностной ответственности и врачебной интуиции, уступает место **протокольному менеджменту**, где доминирует алгоритмический подход к человеку. Как подчеркивают исследователи биоэтики, в такой системе утрачивается фигура врача как **морального агента**, способного к индивидуальному решению, а вместо этого утверждается рутинный исполнитель предписаний, продиктованных страховыми компаниями, фармацевтическими гигантами или административным регламентом [12].

Современная медицина переживает этап глубокой трансформации, связанной не только с технологическим прогрессом, но и с переосмыслением самой природы медицинского знания. В условиях ограниченности традиционных медицинских наборов данных и сложности широкопрофильной диагностики международное научное сообщество все чаще обращается к источникам внешней информации — за пределами клинических и экспериментальных массивов. Возможный выход — интеграция трансгуманитарного подхода: философия, соединяющая науку, духовные практики и нооэтическую метафизику. Сотворчество (co-creation), как описано в наших работах, становится мостом к новой парадигме знания, где врач

— не просто технократ, но медиатор между бытием и страданием, между природой и культурой [3].

Подобная трансформация не является нейтральной: она формирует новую антропологическую матрицу, в которой человек существует как объект обработки, а не как субъект заботы. Таким образом, речь идет не просто о профессиональной этике, но о **биополитике знания**, где медицинская истина — не только результат науки, но и выражение властных отношений.

Ранее доминировавшие подходы, базирующиеся на трансферном обучении и использовании естественных медицинских данных, постепенно дополняются методами, имитирующими когнитивную деятельность врачей. В частности, глубокие нейросетевые модели стремятся воспроизвести не только логические шаблоны диагностики, но и особенности клинического мышления, включая приоритеты внимания и структуру профессионального восприятия. Такие модели базируются на знаниях предметной области, полученных напрямую от практикующих специалистов. Это отражает тенденцию к «гуманизации» алгоритмов и попытке встроить в них интуитивные и аксиологические компоненты клинической деятельности.

Заключение

Философский контекст медицины возвращает профессию к её подлинной сущности — быть искусством заботы о человеке во всех его проявлениях: телесных, ментальных, духовных. В условиях технологических изменений и этических вызовов философия остаётся опорой для подлинно гуманной медицины.

Текущий прогресс в области интеграции экспертных медицинских знаний в архитектуры глубокого обучения охватывает широкий спектр задач: от диагностики заболеваний и обнаружения патологий до сегментации органов и локализации аномалий. Для каждой из задач проводится классификация видов медицинских знаний, а также систематизация методов их интеграции: от использования онтологий и баз правил до инкорпорирования структурированных знаний и эмпирических паттернов.

Однако остается ряд нерешенных методологических проблем. С одной стороны, снижение сложности моделей и методы искусственного дополнения данных по-прежнему ограничены рамками заданных датасетов и не вносят качественно новой информации. С другой — перспективным направлением становится введение внешних источников знания: этических, культурных, социальных, а также философских. Такая стратегия становится особенно актуальной в условиях дефицита обучающих данных и необходимости междисциплинарной интерпретации клинической информации.

Параллельно с этим наблюдается кризис традиционного авторитета медицины. Как отмечено в ряде исследований, современная система здравоохранения переживает процесс «рационализации», в ходе которого происходит ослабление связи между медицинскими знаниями и врачебной автономией как в сфере клинической практики, так и в управлении системой здравоохранения в целом¹. Экономисты, менеджеры и государственные органы зачастую претендуют на экспертное лидерство в выработке политики здравоохранения, подменяя при этом клиническое мышление нормативно-финансовыми регламентами.

Литература

1. Агамбен Дж. Что такое пандемия? — М.: Ад Маргинем, 2020. — 96 с.
2. Байбосунов К.С. Трансгуманитарная философия как эвристика для медицины будущего // Вестник философии и медицины. — 2023. — № 2(6). — С. 224–230.
3. К.Байбосунов Трансгуманитарная философия как иное видение реальности. -Известия НАН КР. №3. 2023. -С. 215-227.
4. Гиппократ Избранные книги: Государственное изд-во биологической и медицинской литературы, 1936. С. 95-107.
5. Ибн Сина. Книга исцеления: В 4 т. Т. 1: Метафизика. — М.: Наука, 1980. — 432 с.
6. Каскадное многомерие и квантовая модель мозга // Философия науки. — 2022. — № 4. — С. 45–60.
7. Тит Лукреций Кар. О природе вещей. М.: Художественная литература, 1983. — 383 с. -С. 319-320
8. Фуко М. Рождение клиники: археология врачебного взгляда. — М.: Академический проект, 2003. — 304 с.
9. Чалмерс Д. Сознательный ум. — М.: УРСС, 2003.
10. Blake Poland, David Coburn, Ann Robertson, Joan Eakin, members of the Critical Social Science Group// Department of Behavioural Science, University of Toronto, Toronto, Ontario M5S 1A8, Canada// <https://sciencedirect.com/topics/computer-science/medical-knowledge>\\Social Science & Medicine. Volume 46, Issue 7, 1 April 1998, Pages 785-798

В этих условиях гуманитарные науки — философия, этика, психология, социология, лингвистика — приобретают новое значение как поставщики «внешней» информации, необходимой для осмысления человеческого измерения медицины. Эти дисциплины обеспечивают критический контекст для оценки не только эффективности, но и нравственной, антропологической, коммуникативной целесообразности медицинских решений.

Особое значение приобретает философское измерение медицинского образования. В условиях роста социальной значимости здоровья и аксиологического поворота в сторону самосохранения, самореализации и персонализированного подхода, философия выступает не только как инструмент методологической рефлексии, но и как источник ценностного конструирования субъектности пациента и врача. В этом контексте мы сталкиваемся с переходом от «биомедицины» к «антропомедицине», где личность становится не объектом, а субъектом знания и действия.

Таким образом, медицина XXI века требует философской рефлексии, способной выявить не только научно-практические, но и онтологические, этические, эпистемологические основания медицинского знания и практики.

11. **D. Coburn**, in International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 2001. //See also: Wealth, equity and health care: a critique of a "population health" perspective on the determinants of health. - The new Genetics and Public Health. -Alan Petersen and Robin Bunton. -British Library Catalogue. 2002.

12. **Illich, I.** Medical Nemesis: The Expropriation of Health. — Pantheon Books, 1976.

13. AI generated definition based on: International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 2001