



«БОЛЬНОЕ МЕСТО»: ЭПИСТЕМОЛОГИЧЕСКИЕ ИМПЛИКАЦИИ СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ПРАКТИК *

© В. Л. Лехциер

Лехциер
Виталий Леонидович
доктор философских наук
кафедра философии
гуманитарных факультетов
Самарский
государственный университет

В статье рассматривается проблема соотношения частного и общего, локального и целостного в патологическом процессе, актуализованная сегодня общей патологией как наиболее философической областью медицинских знаний. Основное внимание сосредоточено на прослеживании этапов на пути локальной интерпретации топоса болезни современным медицинским знанием, пути, началом патологической анатомией и получившем свое развитие в молекулярной медицине. Рассматриваются аргументы критиков локализма и сторонников акцентуации медицины на регуляторных способностях организма как целого. Также в статье локализм трактуется как следствие философской установки на репрезентацию, представление сущего, и, соответственно, поднимается вопрос о поиске медицинских технологий, релевантных субрепрезентативной целостности организма.

Ключевые слова: locus morbi, локализм, общая патология, патологическая анатомия, морфологизм, молекулярная медицина, субрепрезентативная целостность организма.

Одной из ключевых проблем современной медицинской теории и практики является вопрос о том, какой должна быть *главная лечебная стратегия* врача и медицины в целом: воздействие на весь организм заболевшего человека или только на его *больное место*, как соотносятся между собой два эти взаимодействия. Например, архаическая медицина, изгоняющая духов из организма для

* Статья написана при поддержке РФФИ (Грант № 08-06-00318).

«*Больное место*»: эпистемологические импликации современных медицинских практик

его излечения, является примером целостного воздействия. Теоретическое выражение представления о том, что болезнь – это состояние всего организма, мы можем найти, в частности, в самых разных виталистических (Г. Шталь, Р. Тревиранус) и неовиталистских концепциях XIX века (Г. Дриш, И. П. Бородин, С. Коржинский) или в классической теории гуморальной природы болезней от квидской и косской врачебных школ (Эврифон, Гиппократ) в Древней Греции до венского патолога Карла Рокитанского, создавшего в сер. XIX в. первую в Европе кафедру патологической анатомии и придерживающегося в объяснении причин болезни древнего учения о *дискразии*.

Проблема, которая здесь обозначена, актуализирована сегодня так называемой «общей патологией» как *интегративной* медицинской дисциплиной в отличие от «частной патологии». И эта проблема для общей патологии столь же принципиальна, конститутивна, как и проблема соотношения структуры и функции. Напомню, что общая патология как наука в своем развитии с XVIII века попеременно пристегивала себя то к *патаанатомии*, исследующей морфологические структуры как материальный субстрат болезни, то к *патофизиологии*, занимающейся функциями и реакциями организма. Так продолжалось весь XIX век. Сегодня спор между структурой и функцией (т. е. морфологизмом и функционализмом) в науке о патологических процессах почти примерен. После возникновения микробиологии, биохимии, генетики грань между структурой и функцией оказалась стерта, между морфологическими и в старой терминологии «химическими» основаниями болезни переброшен мостик, который в то же время прямо выводит и к уровню функциональных изменений. Так, по крайней мере, говорят одни патологи, однако, скорее выдавая желаемое за действительное, поправляют их другие, потому что спор этот по-прежнему то и дело заявляет о себе в тех или иных частных вопросах¹.

Общая патология, как она понимается последние 100–150 лет, наиболее философическая отрасль медицинской теории, потому что она формирует базовые представления о болезни и здоровье, типовых патологических процессах, в конечном итоге о жизни и смерти. Можно вспомнить крупнейшего французского анатома Биша, внесшего огромный вклад в общую патологию (к. XVIII – н. XIX вв.), который понимал болезнь как неслучайное измерение жизни и на языке анатомии, по-своему, сформулировал структуру бытия-к-смерти, в свете которой жизнь обнаруживает свою истину². Согласимся со словами, которыми Мишель Фуко заканчивает «Рождение клиники», в существенной мере посвященную именно Биша: «Значение Биша, Джексона, Фрейда для европейской культуры

¹ См., например: Саркисов, Д. С. Существуют ли так называемые функциональные болезни? / Донат Семенович Саркисов // Клиническая медицина. 1994. № 2. С. 71–74.

² Биша, М. Ф. К. Физиологические исследования о жизни и смерти / Мари Франсуа Ксавье Биш. СПб, 1865.

доказывает не то, что они были в той же мере философами, как и врачами, но то, что в этой культуре медицинская мысль по полному праву заняла статус философии человека»³. Вспомним также русского патолога В. В. Пашутина, который в конце IX века писал, что у общей патологии, основанной на патофизиологии, цели «более философские», и поэтому здесь нужны «обобщающие полеты ума»⁴.

Так вот одной из сквозных проблем общей патологии как алгебры медицины и имплицитной философской антропологии является, повторяюсь, проблема соотношения частного и общего в болезненном процессе, локального и целостного. Остановлюсь на этом подробнее. Чтобы извлечь проблему во всей ее, так сказать, аутентичности, необходимо погрузиться в фактичность медицинских практик – как в их историческом, так и в систематическом аспектах.

Научная медицина, сформировавшаяся как специфический опыт («клинический опыт», «клиническое мышление» или «клинико-анатомический опыт») в к. XVIII века, пошла по пути *локальной интерпретации* топоса болезни. По мере развития знания об этиологии, патогенезе болезней, развития нозологии медицинское вмешательство носило все более и более направленный характер. Можно выделить несколько этапов в этом процессе.

Первый этап – *патологическая анатомия*, обнаружившая, что болезнь проявляется в повреждении органов и тканей, тогда как другие остаются в сохранности. Анатомическое вскрытие может показать, чем страдал человек и от чего он умер. На основе патанатомии возникло представление о *locus morbi* или о *sedes morbi*, то есть о «месте болезни», ее пространственной локализации. Впервые это сделал швейцарский врач Теофил Боне еще в XVII веке, предложив на основании обобщения более 3000 аутопсий, что у болезни должно быть свое место, где должны быть видны морфологические изменения, соотносимые с клинически выявленными симптомами. Но реализовал это предположение итальянец Джованни Батиста Морганьи только век спустя в труде «О местонахождениях и причинах болезней, открытых посредством рассечения» (1761 г.). Здесь понятие «места болезни» вынесено в заголовок: «De sedibus et causis morborum per anatomem indagatis». Местом болезни, по Морганьи, является орган, а патология становится *органопатологией*. При этом анатомия, выявляющая материальный субстрат болезни, теперь становится коррелятивной клинике, занимающейся систематизацией внешних симптомов и составлением нозологических таблиц. В результате появляется *клинико-анатомическое* направление в медицине⁵.

³ Фуко, М. Рождение клиники / Мишель Фуко. М. : Смысл, 1998. С. 295.

⁴ Цит. по: Серов, В. В. Общепатологические подходы к познанию болезней / Виктор Викторович Серов. М. : Медицина, 1999. С. 9.

⁵ Сорокина, Т. С. История медицины: учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений / Татьяна Сергеевна Сорокина. М. : Изд. центр «Академия», 2007. С. 353; Заблудовский, П. Е. Два века патологической анатомии (К 200-летию выхода книги Дж. В. Морганьи) // Клиническая медицина. 1962. № 4.

Представление о месте болезни развил Биша, еще более увеличив проникающую способность медицинского взгляда. В «Трактате о мембранах и оболочках» (1800 г.) он утверждает, что не орган, а «ткани» (он и ввел этот термин: фр. – Tissu; греч. – ἰστίον) органа, системы тканей (хрящевая, костная, волосная, кровеносная, всего он выделял 21 «систему») являются местом болезни, и, соответственно, патология становится *тканевой*.

Это сосредоточение медицины на репрезентации болезни было поддержано и нововведениями в клинике, а именно открытием *перкуссии* (простукивания, Корвизар, 1808 г.) и посредственной *аускультации* (прослушивания болезни с помощью бумажного деревянного стетоскопа, Лаэннек, 1819 г.)⁶. В результате болезнь оказалась представленной не только взгляду человека, но и его слуху, и осязанию. Локус болезни стал еще более определен в совокупном анатомо-клиническом опыте.

Надо сказать, что данная тенденция манифестирует еще и победу *пространственного* мышления в медицине над *темпоральным*. Если старая клиника занималась регистрацией частотности симптомов, их хронологическим порядком и на этой статистической основе делала свои нозологические заключения, то новое клинико-анатомическое мышление редуцировало время болезни до ее пространственного расположения. Для Морганьи найти локус болезни – значит найти его последнюю причину⁷. И хотя потом место и причина болезни были разведены, до сих пор эта пространственная интеллектуальная матрица владеет медицинским знанием. Дело в том, что современная медицина делает свою главную ставку на диагностику болезни в ее *ранней стадии*, под которой понимаются самые первые локальные изменения. Тем самым, как отмечают многие патологи, медицина игнорирует глубинную историю патологического процесса в организме, его собственное время, которое бесшумно и невидимо

⁶ Появление метода посредственной аускультации при помощи стетоскопа, вызвавшее настоящую революцию в диагностике, наглядно показывает начавшуюся в то же время историю отчуждения врача от пациента, явления, названного ныне «дегуманизацией медицины»: «Сперва это была короткая деревянная трубочка (жесткий стетоскоп), и доктору приходилось продвигать свою голову почти вплотную к больному. Затем трубку удлиннили и сделали гибкой – получился современный фонендоскоп; аускультация стала удобнее, но расстояние между врачом и больным увеличилось... Прогресс на этом не остановился. Ныне, когда больной обращается к нам за помощью, нередко он встречает вместо приветливого взгляда и мягких рук какой-нибудь новейший диагностический прибор, который своим металлическим блеском, бесчисленными проводами, лампочками и мерцающим экраном создает атмосферу одиночества и тревоги. А рентгенолог вообще исследует больного, находясь совсем в другой комнате... И вот ирония судьбы: стетоскоп, созданный когда-то в попытке отделить врача от больного, оказывается чуть ли не единственным средством, заставляющим врача физически прикоснуться к своему пациенту!» (Магазанчик, Н. А. Врачевание и психология / Норберт Александрович Магазанчик. М. : Медкнига, 2007. С. 39).

⁷ Фуко, М. Указ. соч. С. 211–215.

протекает еще до всяких пространственных локализаций и тем более клинических проявлений, являющихся в этом случае не началом болезни, а уже ее определенной завершающей стадией⁸.

Мощный стимул в дальнейшей локализации топоса болезни после Биша и его продолжателей дала «целлюлярная патология» немецкого врача и патолога Рудольфа Вирхова (в 1858 г. вышла в свет его книга «Патология, основанная на теории ячеек»). Это уже *микроскопический* период в развитии патологии. «Место болезни» продвинулось вглубь организма на уровень клетки. Вирхов распространил клеточную теорию, уже примененную к тому времени к живым организмам, на патологию. Любой патологический процесс он объяснял исключительно локальными деформациями в клетке, это конечный морфологический субстрат болезни, а жизнедеятельность организма в целом Вирхов понимал как механическую сумму («государство») независимых клеточных процессов⁹.

Впоследствии, во второй половине XIX в., микроскопическая патанатомия развивалась совместно с возникшей на основе микробиологии *этиологией* как учением о причинах болезней. Главным для медицины стало установление «места» и причины болезни в их связи друг с другом. И на этом пути медицина достигла грандиозных успехов в самых разных областях клинического опыта. Прежде всего, в *хирургии и трансплантологии*, поскольку хирургическое вмешательство по определению локально, оно все сосредоточено на «месте болезни», а трансплантология лечит болезнь локальной заменой больного органа на здоровый. Но также и в *терапии* локализм оказался эффективен. В частности, назовем *заместительную терапию*, когда «местное повреждение (отсутствие или тяжелые структурные изменения органа) компенсируются введением биологически активного вещества, которое орган вырабатывает»¹⁰. Или *химиотерапию*, основанную на изучении раковой клетки (молекулярных реакций в ее ядре и цитоплазме) и способах воздействия на нее. Сегодня медицина исходит из того, что «в патологии клетки «скрываются» как стандартные общепатологические процессы, так и болезни; в ряде случаев она «раскрывает» причину и механизмы развития последних, поэтому патология клетки

⁸ Саркисов, Д. С. Общая патология человека / Д. С. Саркисов, М. А. Пальцев, Н. К. Хитров. М. : Медицина, 1997. С. 481–505.

⁹ Вирхов, Р. Целлюлярная патология как учение, основанное на физиологической и патологической гистологии / Рудольф Вирхов. СПб, 1871; Давыдовский, И. В. К столетию «целлюлярной патологии» Рудольфа Вирхова / И. В. Давыдовский // Архив патологии. 1956. Т. 18. № 5; Академик Ю. П. Лисицын отмечает, что «целлюлярная патология» Вирхова противостояла в XIX в. гуморальной концепции и набирающей силу теории «нервизма» и вышла из этого противостояния победителем. «Этому способствовала ее четкость, конкретность и, если так можно выразиться, наглядность, демонстративность – возможность видеть определенные морфологические изменения в клетках организма при различных заболеваниях и патологических состояниях» (Лисицын, Ю. П. Теории медицины XX века / Юрий Павлович Лисицын. М. : Медицина, 1999. С. 145.

¹⁰ Саркисов Д. С., Пальцев М.А., Хитров Н. К. Указ. соч. С. 452.

рассматривается как интегральное понятие»¹¹. Внутри клетки, на уровне ультраструктур ядра и цитоплазмы, сейчас ищут место гипертонической болезни, некоторых психических и нервных болезней, СПИДа и т. д. Фармакология разрабатывает лекарства, призванные действовать избирательно на те или иные структуры клетки, корректировать внутриклеточные процессы. То есть в современной медицине такое сочетание локализма и этиологии выглядит как нахождение универсального принципа борьбы с болезнью.

Однако на рубеже XIX и XX вв. возникло учение об аллергии (на основе клиники и экспериментов) и на его основе – учение о реактивности организма в целом, о его ответах на внешние воздействия как целостной системы. В этой связи старое представление о том, что всякая болезнь есть заболевание всего организма, получило новое звучание. Была, в частности, осознана интегрирующая роль эндокринной, иммунной и нервной системы. Их исследования привели к выводу, что эффект лечебного воздействия на *locus morbi* зависит от общих процессов организма как целого, поскольку «любой частный процесс, развертывающийся на молекулярном, ультраструктурном и клеточном уровнях, интимно «вплетен» в общую индивидуальную схему жизнедеятельности данного организма и в той или иной мере подчиняется ей»¹². Посему локализм, проявляющийся в морфологизме, то есть редукции патологии к клеточной патологии конкретного органа, стал оцениваться по меньшей мере неоднозначно. Приведу несколько примеров.

Пример 1. *Сердечная недостаточность*. Электронная микроскопия позволила разглядеть более тонкие, чем было известно до того, структурные изменения в мышечных клетках сердца, с которыми напрямую связывается указанная патология. Но тенденция осталась та же: увидеть причину сердечной недостаточности «внутри» сердца. Другая же точка зрения на эту проблему состоит в том, что нет автономных изменений, что любое явление в организме существенно шире локальных морфологических изменений и является следствием всей совокупности связанных друг с другом изменений органов и систем. Это подтверждается и тем фактом, что клиника (клиническая картина болезни, функциональные показания деятельности органа) часто отстает от морфологии или, наоборот, опережает ее (это отмечали еще С. П. Боткин, Д. Д. Плетнев). В генезисе сердечной недостаточности играют роль общие *экстракардиальные* факторы, механизмы влияния которых до конца не известны. Поэтому до сих пор врачам трудно прогнозировать болезни сердца в каждом конкретном случае.

Пример 2. *Онкология*. Прогресс в лечении рака сегодня основан на цитологическом анализе готовой опухолевой клетки, наличие которой означает, что процесс канцерогенеза уже достиг конечного этапа. В центре внимания онкологии – клеточные аспекты опухолевого роста. Однако каковы причины канцерогенеза, почему здоровая ткань превращается в опу-

¹¹ Серов, В. В. Указ. соч. С. 16.

¹² Саркисов Д. С., Пальцев М.А., Хитров Н. К. Указ. соч. С. 454.

холевую, пока не известно. Специалисты утверждают, что это превращение связано уже с нелокальными причинами, с общими регуляторными процессами и принципами поддержания гомеостаза в целостном организме, каковые еще не изучены. Именно в исследовании общих патогенетических процессов опухолевого роста заключены перспективы развития онкологии. Существует концепция, согласно которой в организме неоднократно возникает «опухолевая ситуация», не реализующаяся клинически и анатомически в опухолевый рост. По другой гипотезе, в организме в латентном состоянии существуют специфические онкогенные вирусы, также не развивающиеся в заболевание, поскольку нейтрализуются своеобразной «службой безопасности»¹³. Опять-таки проблемой является выяснение совокупных условий, способствующих злокачественной декомпенсации, возникновению болезни. Поэтому необходимо делать ставку в борьбе с раком не только на его раннюю диагностику (так как даже самые ранние стадии рака есть уже не начало его, а стадия декомпенсации), но и на предупреждение его вообще.

Пример 3. *Генетика*. Молекулярная медицина (молекулярная биохимия, фармакология, физиология, генетика, морфология), появившаяся в 50-х годах прошлого века, к сегодняшнему дню установила молекулярные основы многих патологий, как бы до предела реализуя логику, некогда заложенную в «целлюлярной патологии» Вирхова. Медицина начинает рассчитывать на раннюю генную диагностику и точечные удары по строго выверенной мишени, например, гену-мутанту. Его можно заменить искусственным аналогом (инсулин) или другим геном, можно также стимулировать выработку недостающего фактора (интерферон). Однако даже достижения современной генетики, выяснение мутаций генов и результатов этих мутаций, например, наследственных болезней, само по себе не решает всех проблем. Наследственные генетические нарушения далеко не всегда влияют в конкретные нозологические формы, поскольку опять-таки вмешиваются адаптационные реакции организма, его системные регуляторные процессы, в частности, *нейрогуморальной* природы. Поэтому, как считают патологи, необходим синтез генетики с общей патологией и общим учением о человеке (психологией, философией, социологией человека).

Пример 4. *Атеросклероз*. Место атеросклероза – сосудистая стенка (прежде всего эндотелий и средняя оболочка). Несмотря на успехи молекулярной биологии в разработке высокоэффективных фармакологических средств, снижающих высокое артериальное давление, «мы пока точно не знаем пусковых факторов эссенциальной гипертонии, сложнейшего комплекса реакций органов и систем, развертывающихся на действия этих факторов. В результате мы можем сегодня только притормаживать развитие болезни, то есть лечить, но не излечивать»¹⁴.

¹³ Там же. С. 458.

¹⁴ Там же. С. 461.

¹⁵ Там же. С. 461.

Ученые резюмируют: «Под впечатлением успехов молекулярной биологии и патологии создается ложное мнение об автономности внутриклеточных процессов, о том, что они могут протекать без участия нервной и других систем, и поэтому здесь, на внутриклеточном уровне, на основании все более глубокого проникновения в сущность ядерно-цитоплазматических отношений могут быть решены все главные проблемы медицины, и в частности, намечены рациональные пути терапевтического вмешательства при различных патологических процессах. Прямым следствием таких представлений явилось широкое распространение термина «клеточная проблема» применительно к ряду важнейших проблем клинической медицины. Конечно, проблемы рака, сердечной недостаточности, мутационных изменений и др., в принципе, суть проблемы клеточные. Важнее другое, а именно понимание того, что применительно к сложным организмам все эти проблемы являются *одновременно и неклеточными*»¹⁵, поскольку в таких организмах все местные, в том числе клеточные, изменения организма корректируются (в частности, блокируются, подавляются) регуляторными системами организма, так что не всегда субклеточные изменения выливаются в клиническую картину.

Целостность организма, поддерживаемая обычными интегративными актами (рефлекторными, эндокринными, гормональными и метаболическими) и основанная на нейрогуморальной и иммунной системах, показывает себя по-разному. Например, в процессе локализации патологии, превращении ее из общей в местную. При инфекциях за фазой генерализации инфекта идет фаза его локализации. В противном случае организм ожидает сепсис – тяжелая генерализованная форма болезни. Но как происходит данная локализация, медицине точно не известно. Известно, что сепсис чаще бывает тогда, когда организм встречается с инфектом впервые (например, исторически – сифилисом или туберкулезом). Поэтому ряд исследователей считают, что сепсис – это древняя форма реакции организма на инфект, когда еще не были выработаны защитные механизмы.

Или другой пример: *угасание и смерть* (танатогенез): «организм как целое перестает существовать раньше прекращения жизнедеятельности каждой из своих частей»¹⁶ (кроме отека легкого, обширной травмы и т. п.). На восстановление связей между ними направлены усилия реаниматологов. По одному из определений, смерть – это и есть невозможность существования организма как целого. Например, в мгновенной смерти от сверхсильных эмоций (страха) при структурной сохранности всех органов именно фактор интеграции и уничтожается.

Любопытно, что *связь местного и общего* при патологии всегда осознавалась. Формула «всякая болезнь есть страдания всего организма» есть во всех учебниках и руководствах. Однако речь, как правило, идет о влиянии местного на общее, больных органов на здоровые, тогда как не рас-

¹⁶ Саркисов Д. С., Пальцев М. А., Хитров Н. К. Указ. соч. С. 463.

¹⁷ Там же. С. 469.

крытыми оказываются компенсаторные, мобилизующие реакции организма на отрицательное воздействие со стороны местного патологического процесса: активируются иммунологические реакции, усиливается секреторная активность эндокринных органов, здоровые органы, входящие с больным в одну морфофункциональную систему, берут на себя его функции и т. д. Организм и болеет весь, и борется с недугом, выздоравливает тоже весь. Именно на *принципе компенсации* нарушенных функций держатся все основные проблемы патологии: незаболеваемость, длительное течение хронических болезней человека, декомпенсация, выздоровление.

Длительный опыт клинической медицины, по признанию самих ученых, до сих пор не знает подлинных возможностей регуляторных систем организма, поскольку всегда был направлен на изучение болезней, то есть таких состояний, когда защитные силы организма оказались уже несостоятельны!¹⁷ Предметом медицины были и есть случаи заболевания (бытие), а не незаболевания, когда человек не заболел (небытие), а мог заболеть (сослагательное наклонение)! Мы знаем, сколько раз мы заболели, а сколько раз не заболели – не знаем! (легкие недомогания – 1-2 дня, плохое настроение – не есть ли это симптомы ситуаций, не вылившихся в болезнь).

Посему при всех успехах стратегии локализации в медицине необходима ее критика, выяснение тех опасных тенденций, которые эта медицина уже породила. Сами врачи говорят, что медицина в основном лечит, но не излечивает; что она способствует пролонгации болезни (увеличению времени ремиссии, урежению рецидивов), т. е. хронизации патологического процесса¹⁸; что она только лишь возмещает утрату организмом

¹⁸ XX век окончательно изменил структуру болезни, во-первых, по объективным причинам, в силу победы над теми заболеваниями, от которых раньше человек умирал (успехи борьбы с инфекциями, успехи хирургии, фармацевтики), во-вторых, в силу стратегического приоритета в лечении следствий, а не причин патологии, приоритета, господствующего в медицинских практиках. В связи с данным положением дел Артур Франк в книге «Раненый рассказчик» ввел термин «общество ремиссии» (remission society), в котором границы между болезнью и здоровьем фактически разрушены, так что обычная дихотомическая формулировка здоровья как нормы и болезни как отклонения от нормы поставлена под вопрос (Frank, A. Wounded Storyteller: body, illness, and ethics / Arthur W. Frank. Chicago: University Of Chicago Press, 1997. P. 8). Лиза Дитрих, комментируя книгу Франка, пишет: «Раньше пациенты выздоравливали или умирали, сейчас пациенты часто и не выздоравливают полностью и не умирают от своих болезней, но, скорее, находятся в и вне состояния ремиссии. Тело пребывает, терзаемое болезнью или ее угрозой. Человек никогда не бывает полностью здоров или определенно болен, находясь где-то между этими состояниями» (Diedrich, L. Treatments: Language, Politics, and the Culture of Illness / Lisa Diedrich. Minnesota: University Of Minnesota Press, 2007. P. 3). Неслучайно в современной социологии парсоновское понятие «роль больного» дифференцируется на «роль острого больного», «роль хронического больного», «роль безнадежного больного». В медицинской этике сегодня идет речь о том, чтобы медицина перестала стыдиться своей неспособности в достижении фиктивного по сути идеала *restitutio ad integrum*, а открыто стала ориентироваться на хронического больного

той или иной функции, но не устраняет причины этой утраты (заместительная терапия, например, ферментная индустрия); что она, наконец, вызывает массу побочных эффектов вследствие ответа организма (например, на химиотерапию или антибиотики), который автоматически расценивает местное лечение не как помощь ему, а как внедрение чего-то инородного. Имея мощные средства вторжения в организм, в естественные процессы, медицина далеко еще не все знает о сущности этих процессов, а уже меняет их по своему усмотрению¹⁹.

Самое важное, что даже теоретическое признание необходимости не только локальных воздействий, но и воздействий на, так называемую, неспецифическую резистентность организма («неспецифическую» – значит не имеющую отношения к самому патогенному фактору, этиологии болезни и к патогенезу) далеко от современной практики, для которой свойственен явный перевес локализма (в особенности в связи с прогрессом молекулярной медицины). В качестве причин обычно указывается на чрезвычайную сложность познания целого в сравнении с познанием частей. А также на суровую необходимость для медицины быть более прикладной, чем фундаментальной, почему сегодня патологоанатом 70–80% своего времени уделяет биопсиям, а не аутопсиям, а в руководствах по патологии все меньше отводится места для обсуждения общих процессов жизнедеятельности, по поводу которых нет каких-то новых, оригинальных идей.

Подведем итоги: тенденция локализации в медицине – это эволюция проникающей способности медицинского взгляда. Сначала его инструментом был скальпель анатома, сегодня – это электронный микроскоп. По сути, молекулярная медицина, как считал Сеченов, есть крайняя степень развития анатомического направления в патологии. На философском языке локализация в медицине – это следствие философской установки на репрезентацию, представление сущего. Ведь целостность организма увидеть, репрезентировать нельзя. Это – субрепрезентативное бытие, жизнь как таковая. Однако это не значит, что бытийная живая целостность организма никак не может быть дана и учтена в медицинском опыте. Но как она может быть учтена? – вот вопрос! Можем ли мы прислушиваться к организму, но не только с помощью фонендоскопа? Может ли это субрепрезентативное вслушивание в организм каким-то образом быть переведено в медицинскую технологию?

Вероятно, может, если рядом с медициной патологии возникнет медицина здоровья, поскольку опыт здоровья и есть целостный опыт организма. Если наше страдание сегодня медиализировано настолько, что его первичное, до-органное (целостное) измерение уже не восстановимо, не

как типичный врачебный случай (Дернер, К. Хороший врач. Учебник основной позиции врача / Дернер Клаус. М.: Алетея, 2006. С. 163–186). Поэтому возникло даже понятие «хронического врача», ориентированного не столько на пунктуальную этику решений, сколько на этику заботы, сопровождение больного, не имеющее временных границ.

¹⁹ Саркисов Д. С., Пальцев М. А., Хитров Н. К. Указ. соч. С. 471.

эксплицируемо²⁰, то здоровье мы все еще испытываем сразу и целиком, всем организмом. Оно тоже имеет место быть, но оно не локализуемо. Индустрия здоровья, постепенно прибирающая его к рукам, концептуализирующая его и дробящая на составные части, соответствующие отраслям этой индустрии, еще обратима. Последствия ее еще не столь фатальны, как у медикализации боли. Может быть, здесь кроются истоки и возможности для коррекции медицинской идеологии *locus morbi*?

²⁰ О том, как медицинские конструкты болезни и здоровья влияют на болевые ощущения, на характер жалоб, на опыт страдания в целом, см.: Тхостов, А. III. Болезнь как семиотическая система / Александр Шамильевич Тхостов // Вестник московского университета. Сер. 14: Психология. 1993. № 1. С. 3–16.