

ОТЗЫВ

официального оппонента – доктора философских наук, доктора юридических наук, профессора Седовой Натальи Николаевны на диссертационное исследование Шевченко Сергея Юрьевича «Персонализация в медицине: философско-методологический анализ», представленное на соискание ученой степени кандидата философских наук по специальности 09.00.08 - Философия науки и техники

Актуальность исследования. Философский интерес к медицинской проблематике имеет давнюю историю, хотя отношения философии и медицины не всегда отличались взаимностью. Возможно, поэтому попытки создания философии медицины так и остаются попытками, единой концепции нет, и вряд ли она может появиться, поскольку медицина носит бинарный характер – это и теория, и практика. Причем, теория характеризуется частыми заимствованиями из других наук – химии, физики, биологии и т.п. А с клинической практикой непосредственно философские сюжеты не связаны, иначе они не были бы философскими.

Однако социальный заказ на философское осмысление достижений медицинской науки в современном мире весьма актуален, поскольку предугадать последствия использования этих достижений довольно сложно, да и не обладает медицина соответствующим понятийным аппаратом для конструирования подобных прогнозов. Подтверждением этого являются попытки медиков концептуализировать «модные» направления своих исследований. Действительно, увлечение тем или иным трендом в медицинских исследованиях актуализируется по уже сложившейся схеме: потребность решения возникшей проблемы – разработка терминологии для ее решения – разработка методологии решения. Последний этап дается с трудом, потому что требует выхода за рамки конкретной науки, а куда идти медики часто не знают. Так, XXI век в отечественной медицине начался с

утверждения теоретической модели качества жизни и ее практического воплощения. При этом методология качественных/количественных изменений не применялась, понятие меры не использовалось, а то, что называлось качеством, оказалось, с философской точки зрения, количеством. Метод измерения качества жизни в практической медицине не закрепился.

Но наступил новый этап – увлечение доказательной медициной (ДМ). Практическая потребность в обосновании истинности результатов клинических испытаний (КИ) привела к попытке разработки концепции доказательной медицины, которая состояла, фактически, в типологизации требований к проведению КИ. При этом никто из апологетов концепции, включая руководителя общества ДМ, не подозревал о том, что существует общенаучная теория доказательства и, естественно, ни правила доказательства, ни требования к аргументам, демонстрации и тезисам, не использовались. Таких понятий вообще не было, а одним из видов доказательства, правда, самым слабым, объявлялась ссылка на авторитет, что в теории считается логической ошибкой. Доказательная медицина дала свод правил для проведения КИ – и все. Но тут пришла новая мода – на трансляционную медицину (ТМ).

Интересно, что за 10 лет существования литературы на эту тему, нигде нет дефиниции самого понятия ТМ, есть только описание. Согласно описанию, это такая модель медицинской деятельности, которая непосредственно связывает экспериментальные и клинические исследования, т.е. лабораторную работу и медицину практическую. Потребность в такой модели сформировалась из-за длительности сроков разработки лекарственных средств (ЛС) и стараний их сократить. Фактически, трансляционная медицина – это инфраструктурный проект, потому что главное в ней – объединение в разработке конкретного ЛС или конкретной технологии всех, кто принимает в этом участие, на единой территории и в единой исследовательской группе. Это называется трансляцией достижений теоретической медицины в практику.

Как говорил в одном из своих интервью заведующий Отделением генетики животных и человека ФИЦ Института цитологии и генетики СО РАН доктор биологических наук Михаил Павлович Мошкин: «Иными словами, трансляция научных результатов в медицину основывается на том, что мы изучаем не болезни во всем их многообразии, а процессы, которые лежат в их основе»¹. Но что здесь нового? И почему сугубо организационные подходы – объединение в одну исследовательскую группу теоретиков и экспериментаторов – надо называть новым направлением в медицине? Очевидно, что данное направление демонстрирует не новую **методологию**, а новую **методику** медицинских исследований.

Эвристическая ограниченность достижений трансляционной медицины в настоящее время лишает это направление заявленной лидирующей роли. Но свято место пусто не бывает – роль лидера берет на себя персонализированная медицина. Многим показалось, что институализация персонализированной медицины возвращает современных медиков к постулату «Лечить больного, а не болезнь». Следовательно, открываются интересные перспективы интеграции медицины и философии человека! Но на практике дальше фармакогенетики апологеты персонализированной медицины не идут. Возникает расхождение между личностным подходом в медицине и тем процессом, который именуется «персонализация». Может ли это расхождение превратиться в противоречие? Каковы научные и социальные эффекты персонализации медицины? В каком виде она должна осуществляться? В чем ее смысл? Без ответа на эти и аналогичные вопросы развитие персонализированной медицины – это поход в неизвестность с непредсказуемыми последствиями. Никогда медицина не нуждалась так остро в философской интерпретации и методологическом прогнозе происходящих в ней изменений. Сергей Юрьевич Шевченко в своей диссертации «Персонализация медицины: философско-методологический

¹Трансляционная медицина. Мы только начинаем приближаться к нужному уровню// <http://www.sib-science.info/ru/institutes/pryamaya-translyatsiya-12092016>

анализ» делает попытку дать такую интерпретацию и прогноз. Попытка оказалась удачной, что подтверждается научными находками автора.

Научная новизна исследования самим автором достаточно определенно сформулирована во Введении и выводах к главам работы. Несмотря на то, что количество поставленных задач является, на наш взгляд, избыточным, все они получили обоснование в работе и, в большей или меньшей степени, удовлетворительное решение. Принципиальными достижениями здесь представляются следующие позиции автора:

1. Специфика 4П-медицины, раскрытая с позиций философии науки и техники, определена как технонаучная, инновационно-ориентированная и сопряженная с трансляционной медициной. Естественно, доказательство строилось на модели молекулярно-биологических дисциплин, что обеспечило ее достоверность. Дана типология интеллектуальных образов 4П-медицины: социологического, медико-антропологического, методологического (с.49). Это новый подход, а потому некоторые моменты нуждаются в уточнении. Так, выражение «современное проявление тенденции к повышению эффективности лечебных и диагностических процедур, в основу которых положено изучение молекулярно-биологических причин развития патологии» вызывает вопрос: неужели методологический подход сводится только к этим известным компонентам?

2. Персонализированная медицина определена как технонаука, что позволило констатировать ее многоаспектность и эксплицировать важную особенность: «...персонализированная медицина как технонаука не только задаёт определённую социогуманитарную повестку, но и сама служит объектом социального конструирования» (с.91). Нельзя не согласиться с утверждением автора о том, что «современная технонаука нацелена не только на создание и распространение технического артефакта, но и на развитие и

стабилизацию (в том числе и) социальных технологий пользования этим артефактом и технологий его распространения» (с.71). Но вызывает недоумение положение о том, что целеполагание в биомедицине не связано с объяснением. Если обратиться к концепции научной рациональности, которую автор указывает как методологический источник концепции технонауки (с. 9), то постнеклассическая рациональность включает и целевые, и номологические объяснения. Диссертанту следует более четко определиться с понятиями.

3. Научным достижением в диссертации, безусловно, является формулировка трех особенностей структурирования нормативности технонаучного проекта (с.135) и описание программы персонализации медицины, наиболее отчетливо представленное в §2.2, хотя элементы процесса персонализации медицины присутствуют в рассмотрении всех заявленных задач.

4. Наиболее ценным в работе представляется поиск оснований гуманитарной экспертизы проекта персонализированной медицины (с.136). Этическая коррекция и социальная аранжировка проекта – это те задачи, которые современная медицина решить не может, поэтому так ценен проведенный диссертантом анализ социогуманитарного направления развития персонализированной медицины. С.Ю.Шевченко установил, что «полем координации активности различных коллективных и индивидуальных субъектов, участвующих в реализации проекта технонауки, выступает сфера социальных ожиданий. Она центрирована вокруг ценностно-нагруженного социотехнического образа будущего» (с.11).

Практический смысл любого философского исследования фиксируется лишь опосредованно, но в данном случае он очевиден. Дело в том, что, несмотря на очевидную перспективность персонализированного подхода, множество причин осложняют переход от абстрактной концепции

персонализированной **медицины** к реально работающей модели персонализированного **здравоохранения**. Перечень препятствий включает научные, биоэтические, экономические, образовательные и организационные. Говоря о научных препятствиях, в первую очередь следует упомянуть наиболее явную, а именно увеличение дистанции между практическим здравоохранением и фундаментальной биомедициной.

Одним из ключевых составляющих прогресса персонализированной медицины является обнаружение новых биомаркёров. Однако прослеживается чёткая тенденция к значительному уменьшению количества биомаркёров, внедряемых в клиническую практику. И этому есть объяснение – далеко не все биомаркёры могут являться ориентирами для персонализации диагностики и лечения.

Кроме того, существуют этические препятствия перехода от персонализированной медицины к персонализированному здравоохранению – это возможность генетической дискриминации, нерешенный вопрос свободного доступа пациентов к генетической информации в обход лечащего врача и, наконец, ограниченность ресурсов.

В конечном счёте, преодоление всех вышеназванных препятствий станет возможно лишь путём скоординированной работы всех заинтересованных сторон – так называемых «стейкхолдеров», к которым относятся медицинское и научное сообщество, биотехнологические компании, страховые компании, а также государственные регуляторы. Задача, стоящая перед сторонами этого процесса, состоит в сбалансированном и осмысленном переходе к персонализированному подходу **в интересах пациента**. Принципы и возможности такого перехода обоснована в рассматриваемой диссертации.

Разумеется, как всякое новое исследование, работа С.Ю.Шевченко вызывает вопросы и предполагает дискуссию. Некоторые из этих вопросов уже заданы в тексте данного отзыва. Можно также отметить в качестве **замечаний**

- ✓ отсутствие четкой дефиниции технонауки, неоправданное стилистическое усложнение текста в некоторых фрагментах (с.87, 107, 114 и др.);
- ✓ отсутствие пояснений по поводу соотношения понятий «биомедицина» и «4П-медицина»: и та, и другая объявлены автором «технонаукой», но как они соотносятся между собой? Можно предположить, что выяснение этого соотношения приведет к необходимости отказа одному из данных понятий статуса, соответствующего понятию «технонаука»;
- ✓ неясно также соотношение понятий «трансляционная медицина» и «персонализированная медицина» - иногда кажется, что для автора они синонимичны;
- ✓ целесообразно было бы обсудить Концепцию предиктивной, превентивной и персонализированной медицины, разработанную МЗ РФ², или хотя бы упомянуть ее в списке литературы.

Но очевидно, что приведенные выше вопросы и замечания только подчеркивают новаторский характер исследования, и отнюдь не снижают его высокую оценку.

В **заключении** можно сказать, что диссертация Сергея Юрьевича Шевченко «Персонализация медицины: философско-методологический анализ» является самостоятельным, законченным научным исследованием, отличающимся актуальностью, научной новизной и практической значимостью. Автореферат и публикации диссертанта достаточно полно и адекватно отражают содержание исследования.

Диссертация «Персонализация медицины: философско-методологический анализ» полностью соответствует паспорту специальности 09.00.08 - Философия науки и техники (пп. № 2, 3, 20) и

²Концепция предиктивной, превентивной и персонализированной медицины. Приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 апреля 2018 г. N 186//ГАРАНТ.РУ:
<http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71847662/#ixzz5bRzmA5R4>

требованиям п. 9 «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации № 842 от 24. 09. 2013; а ее автор – Шевченко Сергей Юрьевич – заслуживает присуждения ученой степени кандидата философских наук по специальности 09.00.08 – Философия науки и техники.

Официальный оппонент –
заведующий кафедрой философии, биоэтики и права
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
заслуженный деятель науки РФ,
доктор философских наук,
доктор юридических наук,
профессор

Н.Н.Седова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный университет» Минздрава России. Почтовый адрес: 400131, г.Волгоград, площадь Павших борцов, д.1. Тел.: (8442) 385005 Электронная почта: post@volgmed.ru Сайт: <http://www.volgmed.ru>

