

Курленкова А.С., Хайруллин Р.М.

**О БУДУЩЕМ МЕДИЦИНЫ И РАЗЛИЧИЯХ В ПОНИМАНИИ  
"МЕДИЦИНСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ" В РОССИЙСКОЙ НАУКЕ**

---

*А.С. Курленкова беседует с Р.М. Хайруллиным*

**Хайруллин Радик Магзинурович**, д.м.н., профессор, зав. кафедрой анатомии человека медицинского факультета Ульяновского государственного университета. Является членом Правления (с 1992 г.), членом Президиума Правления (с 2012 г.) Научного медицинского общества анатомов, гистологов и эмбриологов РФ, членом Европейской антропологической ассоциации (с 2000 г.), немецкого анатомического общества, действительным членом Международной академии интегративной антропологии, вице-президентом Ассоциации медицинских антропологов, членом Проблемной комиссии «Морфогенез клетки, тканей, организма» Научного совета по морфологии человека РАМН (с 2010 г.). Автор и соавтор более 200 научных публикаций, в том числе руководств для врачей и монографий.

---

**Ключевые слова:** медицинская антропология, медицина 4P, Лерой Худ, Бэр, Брока, Ермольева, Боткин, анатомия, физическая антропология, этномедицина, Авиценна, комплаентность

**Аннотация:** Р.М. Хайруллин уделяет внимание таким вопросам, как индивидуализированный подход к лечению пациента (установка «лечить болезнь, а не больного»); новые вызовы, стоящие перед системами здравоохранения (такие как всплеск сердечно-сосудистых заболеваний, ожирения, онкоболезней); «медицина 4P» Лерой Худа (Predictive, Personalized, Preventive, Participatory); формирование «комплаентного пациента». Отдельно обсуждаются различные трактовки в понимании предмета и методов «медицинской антропологии», советская научная традиция, а также возможности объединения естественно-научных и этнографических подходов в исследованиях здоровья и болезней человека.

---

*(от интервьюера)* В интервью профессор Р.М. Хайруллин представляет свой взгляд на медицинскую антропологию, который, с одной стороны, продолжает традиционное для советской науки понимание этой области как изучения биологической изменчивости человека, и, с другой, расширяет это понимание, добавляя к предмету медицинской антропологии различные социальные / культурные системы охраны здоровья. Позиция Р.М. Хайруллина является наглядным доказательством множественных интерпретаций и подходов к медицинской антропологии, которые бытуют в нашей стране. Советская антропология, в том числе исследовательская традиция, носившая название «медицинской антропологии», развивалась изолированно от своих «тесок» в университетах США и Западной Европы. Эта научная традиция, описываемая, в том числе, Р.М. Хайруллиным, изучает изменения в проявлении болезни в человеке в зависимости от его телосложения (конституции) и среды обитания, выделяя различные типы такой изменчивости. Такая трактовка уходит корнями в работы российских физических антропологов (Т.И. Алексеевой, Б.А. Никитюка). Если в социальной / культурной антропологии основным предметом исследования являются общество / культура, то физическая антропология делает акцент на биологию человека – на его индивидуальную и групповую изменчивость на уровне морфологии и анатомии. Физические и биологические антропологи опираются, скорее, на естественно-научные методы исследований и эпистемологические установки, что определяет специфику их работ. Близкой отечественной традиции физической антропологии является американская «биологическая антропология»: важными темами в обеих традициях является изучение способов биологической адаптации человека (групп) к окружающей среде (Bernard, A., Spencer, J. (1996) *Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology*, Routledge, p. 102). Некоторые медицинские антропологи в США, насколько мне известно, также работают в естественно-научной парадигме, делая акцент на биологии человека: см., например, программы Университета Оклахомы (<http://cas.ou.edu/biological>),

Университета Бингамтона. Однако работа наиболее влиятельных медицинских антропологов лежит в области социальных исследований медицины, тела, науки, с опорой на разные интеллектуальные традиции (Калифорнийский университет в Беркли, Колумбийский университет, Гарвард, Чикагский университет).

Я задала свои вопросы профессору Р.М. Хайруллину, на которые он любезно согласился ответить, с целью продемонстрировать особенности понимания медицинской антропологии в советской / российской науке.

**А.К.:** Радик Магзинурович, скажите, пожалуйста, несколько слов о своем образовании, о том, где Вы работали, где Вы сейчас работаете.

**Р.Х.:** По своему образованию я врач-лечебник. Окончил Башкирский государственный медицинский университет в 1981 году по специальности «лечебное дело». Непосредственно после окончания университета я проработал очень короткое время врачом-патологоанатомом, потом поступил в аспирантуру, учился в НИИ морфологии человека Академии медицинских наук СССР. Защитил там диссертацию, вернулся в свой вуз, проработал непродолжительное время и уехал по приглашению проректора МГУ им. М.В. Ломоносова, профессора Юрия Вячеславовича Полянского, во вновь образованный филиал МГУ в город Ульяновск.

Тогда, создавался филиал МГУ, что было очень необычным как для самого передового вуза страны, так и для системы советского образования. Ректор МГУ академик Виктор Антонович Садовничий, министр образования СССР Геннадий Алексеевич Ягодин и ряд других инициаторов создавали филиал МГУ как центр отработки новых образовательных технологий. В недрах находящегося на последнем издыхании советского государства зарождалось нечто новое. Я приехал сюда, потому что в числе других факультетов филиала организовывался медицинский факультет. Работал вначале на кафедре общей биологии и гистологии, потом по настоянию первого декана факультета Тофика Зиятдинови-

ча Биктимирова, имя которого теперь носит факультет, стал заведующим кафедрой анатомии человека, и вот уже более двадцати лет руковожу ею.

Несмотря на то, что Башкирский медицинский университет и город Уфа навсегда останутся для меня родными, сейчас я уже могу с полным основанием говорить, что не жалею о переезде в Ульяновск. Полагаю, если бы я остался работать в своём родном вузе, вряд ли смог бы достичь всего того, что мною достигнуто сегодня, работать с такой (на мой взгляд - большой) отдачей и в такой удивительно способствующей творчеству атмосфере. Одно лишь обстоятельство, что вверенный мне коллектив – единственная в мире кафедра (могу за это поручиться со всей ответственностью), на которой в медицинском вузе анатомия человека преподаётся вместе с её лингвистической инфраструктурой – латинским языком, говорит о многом. Причем это не механическое объединение (примеров которому в классических университетах тьма), когда преподаватели разных дисциплин работают на одной кафедре, каждый сам по себе. Нет, это творческий союз, полное осознание которого и успешное развитие началось ещё в 1994 году. Когда эта «технология объединения» на первый взгляд не объединяемых гуманитарной и медико-биологической учебных дисциплин на одной кафедре была озвучена на одном из совещаний учебно-методического совета при Минздраве, нас кто-то критиковал, кто-то подсмеивался, большинство не поняли и не приняли. Но, тем не менее, мы работаем так уже более двадцати лет...

**А.К.:** Радик Магзинурович, что Вы понимаете под словосочетанием *медицинская антропология*?

**Р.Х.:** Наверное, нет и не может быть каких-то универсальных определений. В моем представлении это, по большому счёту, философия медицины. Медицинская антропология изучает медицину как человеческий институт, связанный с сущностью человека вообще. Это некое научное пространство или сфера мысли, в центре внимания которого – явления жизни и здоровья, и, естественно, люди, соци-

альные и общественные институты, которые направлены на их сохранение. Это и биоэтика, и этнология медицины, и палеомедицина. Будучи медицинскими антропологами, например, мы не только должны изучать останки и культурные артефакты, свидетельствующие о заболеваниях людей, но и все, что их сопровождало: ритуалы, направленные на сохранение здоровья, обстановку и всё, что было связано с этим. Мы сейчас это восстановить не можем, у нас есть только запечатленный временной снимок, но, будучи исследователями, должны уметь всё это воспроизвести в действии. Иначе говоря, в медицинской антропологии палеомедицина это не только артефакты, но и всё то, что сопровождало «системы» охраны здоровья.

Что касается медицинской антропологии в более узком смысле – это экология человека, коэволюция представлений людей о здоровье и болезнях и систем охраны здоровья вместе с эволюцией цивилизации в целом. В этом смысле под словом «экология» подразумеваются и системы охраны здоровья, направленные на поддержание жизни, которые эволюционировали вместе с человеческим опытом. Это и этномедицина – как вся совокупность многообразия систем охраны здоровья. Это и палеомедицина в частном смысле – история изменчивости медицины. Если этномедицина – это история изменчивости медицины в пространстве, то есть здесь и сейчас, то палеомедицина – это изменчивость её во времени, т.е. историческом аспекте. Это такое общее представление, что называется «из учебника».

Но есть и то, чего нет в учебниках. Это методологический подход, который существует в моём представлении со времен общения с моими, к великому сожалению, покойными учителями – Татьяной Ивановной Алексеевой<sup>1</sup> и Борисом Александровичем Никитюком<sup>2</sup>. Они заложили во мне идеи о том, что медицинская антропология – это неотъемлемая часть антропологии как науки о всеобщей изменчивости человека. Это изучение изменчивости проявления болезни у людей и одновременно типизация этой изменчивости. То есть, это научный взгляд на широкое проявление изменчивости человека. Изменчивость человека проявляется, в

том числе, в изменчивости ответа, реактивности на любое заболевание. Например, есть разные типы течения психических заболеваний (шизофрения), соматических заболеваний (язвенная болезнь). Даже банальная респираторная вирусная инфекция, казалось бы, согласно медицинским канонам продолжающаяся у всех одинаково – пять-семь дней, на самом деле может закончиться смертельным исходом у одних или проявиться лишь небольшим лимфоцитозом в крови без каких-либо других объективных или субъективных симптомов у других.

Антропология изучает изменчивость человека во всех ее проявлениях; это изменчивость физической его сущности, социальной, расовой, проявлений болезней. Последнее – это то, о чем профессор Михель говорил нам как о некоем «американском открытии» на нашей школе<sup>3</sup>. Но лечить больного, а не болезнь – это давно известный принцип, заложенный отечественными медицинскими корифеями – Боткиным<sup>4</sup>, в первую очередь. Заметьте, что этот индивидуализированный подход возник вообще вместе с антропологией как наукой, когда французский исследователь Поль Брока<sup>5</sup> заложил основы современной физической антропологии как физической изменчивости человека; Бэр<sup>6</sup>, заложил основы эмбриологии и учения об изменчивости проявлений биологической сущности человека в раннем развитии. Всё это возникло в одно и то же время.

Но потом как-то советской стране, как и современной американской финансовой системе, это стало невыгодно, и поэтому все кинулись лечить болезнь, а не больного. А теперь говорят о возврате обратно. Не знаю, насколько это получится, но мне бы хотелось этим заниматься. Отрадно в этом плане, что определённая часть научных работ современных отечественных клиницистов посвящена изменчивости проявлений болезней: разным ответам на одни и те же лекарства, разным ответам на сочетания лекарств, разным ответам на терапевтические и хирургические подходы и т.д. Вообще, в принципе, для меня, как анатома, вся клиническая анатомия – то есть индивидуализированный опера-

тивный доступ в зависимости от того, какого телосложения больной лежит перед тобой и какой у него анатомически индивидуальный вход в грыжевые ворота, например, и есть медицинская антропология. Это в таком узком понимании.

**А.К.:** Расскажите, пожалуйста, про историю медицинской антропологии в России, как Вы ее себе представляете.

**Р.Х.:** Все зависит от того, в каком аспекте это понимать. Медицинская антропология и сама-то возникла недавно, в 1965-ом году, по-моему, была опубликована первая работа (речь идет об американской работе), в 80-х появился первый учебник и так далее (гораздо лучше других это знает профессор Михель). У нас в России ничего подобного нет, к сожалению, если только не считать докторскую диссертацию Дмитрия Викторовича Михеля (Михель, 2000) и его историографические учебные пособия, доступные, кстати, в интернете. Мне кажется, что медицинской антропологии в её классическом понимании у нас до сих пор не существует. Поэтому нет никакой истории. История начинается сегодня и сейчас – с работ Вашей лаборатории (центр медицинской антропологии Института этнологии и антропологии РАН, – А.К.), руководимой Валентиной Ивановной Харитоновой, историографической статьи Валерия Александровича Тишкова<sup>7</sup>. Ещё точнее – история современной российской медантропологии начинается с той мысли, которую высказал академик Тишков: мысли о необходимости развития этого направления антропологии в нашей стране<sup>8</sup>. Она возникает на основе глобального понимания роли гуманитарных наук в жизни страны, нашей, с её богатым в этом отношении прошлым, в особенности. То есть она, медантропология, не на пустом месте возникает...

Современный мир глобализирован, в последнее время он сталкивается с непредвиденными обстоятельствами: с климатическими изменениями, с нестабильностью финансовых систем, с терроризмом... Так же, как и все остальные общественные и социальные институты, во всем мире стало лихорадить систе-

мы охраны здоровья. Национальные министерства здравоохранения не знают, что будет завтра. Помните, в 90-е годы нам говорили, что мы выйдем или почти выйдем от ВИЧ-инфекции. Ничего подобного не произошло. На смену ВИЧ-инфекции пришел гепатит: В, С, D, E и другие гепатиты. Потом, после него, пришли другие заболевания, еще более опасные. Когда нас учили в медвузах в 70-е годы – мы даже и предположить не могли, что будем бороться с пандемией атеросклероза и гипертонической болезни. Нас на сегодняшний день захлестнула эпидемия онкозаболеваний. Никто не знает, что будет завтра. Вся эта нестабильность отвлекает национальные ресурсы, требует больших финансовых отчислений. Министерства здравоохранения постепенно превращаются уже в министерства чрезвычайных ситуаций. Например, нынешний президент США Барак Обама, придя к власти, первое, что стал решать в здравоохранении – выделил 120 миллиардов долларов на решение проблемы детского ожирения. Кто мог бы подумать, что эта проблема в США станет чрезвычайной? Но это, действительно, национальная катастрофа. У нас тоже есть детские заболевания, но другого характера, и это тоже катастрофа. У нас в стране, например, настоящей катастрофой стал дорожно-транспортный травматизм, никто ничего не может поделать с этим. Причём это – медицинская проблема в бóльшей степени. То есть, мы точно не знаем, что будет завтра. Но мы же должны планировать нашу жизнь и в экономическом смысле, в первую очередь.

Во всем мире люди стали постепенно понимать, что здравоохранение – это некая загадочная штука, на которую сегодня не знаешь, сколько денег потратишь завтра. Все стали лихорадочно искать ответа на вопрос «что делать?», что можно предпринять в плане самой парадигмы расходов – причем не только прямых расходов (на медикаменты и оборудование), но и расходов на медицинскую науку, которая тоже должна эффективно работать. Так вот, этот поиск теоретической, скажем так, фундаментальной основы, поиск концепции, позво-

ляющей более или менее стабильно развивать систему здравоохранения, на которой завязана, в принципе, безопасность государства, – эта главная задача, я так думаю, и способствовала появлению идеи академика Тишкова развивать науку, на основе которой можно было бы «идеологически» двигать систему охраны здоровья в многонациональной стране дальше.

Посмотрите, что произошло в США. Мало кто сегодня знает, что Лероем Ли Худом, ученым, системным биологом из Калифорнийского университета, была предложена концепция системной биологии и системной медицины<sup>9</sup>. Он предложил принципы медицины будущего или «4P медицины». Это предиктивная или предсказательная медицина; профилактическая, превентивная медицина; персонализированная (индивидуальная) медицина и партнерская медицина<sup>10</sup>. Согласно этим четырем принципам, мы должны, во-первых, знать проявления, так называемые предикторы болезни, чтобы мы не на этапе самой болезни диагностировали, а на этапе её пред-признаков или только возможности развития. Затем это предупреждающая медицина, лечение заранее – это профилактика, система больших мер, которые вообще могут снять всю проблему (например, вакцинация). В-третьих, это строго индивидуальный подход к пациенту (персонализированная медицина), принципы который исповедуют представители неофициальных медицинских систем, а представители биомедицины только в части индивидуальных реакций на отдельные лекарства. И, наконец, это партнерская медицина – та узкая область, которую заняли медицинские антропологи в США, будучи, фактически, трансляторами между больным и врачом. Когда врач сам (!) приходит к пациенту и доступно объясняет, что, в каком месте и почему болит, как этому лучше помочь, и почему сотрудничать и разговаривать лучше, чем делать наоборот. То есть, когда врач – это «друг человека», партнёр пациента, а пациент – комплаентный партнёр врача.

Элементы идеологии этой медицины были приняты и отечественным здравоохранением. На уровне национального министерства здравоохранения появилось осознание того, что это – медицина будущего; возможно, она позволит нам экономно расходовать средства. В частности, в распоряжении Правительства РФ за № 2580, которое называется «Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2020 год»<sup>11</sup> говорится: «Текущая модель взаимодействия лечащего врача и пациента будет постепенно вытесняться моделью медицинский советник – здоровый человек». То есть под советником подразумевается, в том числе, и медицинский антрополог, функцию которого врач должен пока взять на себя<sup>12</sup>. Пациент не должен быть пассивной стороной, воспринимающей информацию от врача в зависимости от собственных желаний, уровня образования и других факторов. Это должны быть партнеры. В этом смысле партнерская медицина – это и есть тот «узкий коридор», через который может войти современная медицинская антропология в российскую медицинскую практику, чтобы занять в ней достойное место. Медицинские антропологи должны объяснять, как может себя вести пациент, каковы личные, социальные и жизненные последствия могут быть от медицинских вмешательств, зачем тратятся деньги на вакцинацию, на определенные профилактические меры, на диспансеризацию и т.д. Объяснять не только отдельному пациенту, но и всему обществу в целом. Иначе говоря, медицинские антропологи должны работать с комплаентным обществом и комплаентными пациентами и помочь врачам сделать их такими, быть в одном лице психологами, юристами, социальными работниками и помощниками врача.

**А.К.:** Как Вы считаете, нужна ли нам медицинская антропология в нашей стране?

**Р.Х.:** Нужна ли нам медицинская антропология в нашей стране? Безусловно! И не только для посредничества между врачами, пациентами и обществом. Не

следует забывать о том, что советская система постаралась почти на генетическом уровне, наследственно закрепить примат общественного над индивидуальным. То, что миллионы людей были сосланы в ГУЛАГ, означало уничтожение индивидуальности жизни как самоценности, что уж тут говорить об индивидуальном здоровье. Помните выражение Иосифа Виссарионовича: «Нет человека, нет проблемы». Здоровье конкретного человека интересовало государство только в ракурсе использования его для решения потребностей общества и государства. Было в этом что-то рациональное, но иррационального значительно больше.

Теперь мы живём в другом обществе, на другом, прямо противоположном «полюсе». Степень свободы такова, что самоценность индивидуальной жизни и здоровья теперь не только государству, вообще никому не нужна, даже самому человеку. Если советское государство принудительно воспитывало критическое отношение к физическому здоровью у людей «для борьбы с мировым капитализмом», то теперь такое воспитание исключительно добровольно и основано на принципах прав и свобод человека. Если судить о степени этой свободы по числу инфицированных хроническими урогенитальными инфекциями, больных алиментарным ожирением, алкоголизмом, наркоманов и так далее, то можно представить себе, что такое «права и свободы образа жизни» в сознании современных людей. Почему-то большинство людей по инерции представлений, оставшихся от советского общества, считают, что о пропаганде здорового образа жизни должны заботиться врачи. В советской государственной системе здравоохранения это было вполне возможно и допустимо. Но в нынешней системе страховой медицины – абсолютно исключено. Врачам страховой медицины здоровые пациенты не нужны: чем больше больных – тем больше финансирование, тем выше заработная плата и так далее.

Я, конечно, не считаю, что медицинский антрополог должен быть «ходячим санбюллетенем», отнюдь, но в нашей действительности, видимо, придётся.

Самая главная цель – воспитание комплаентности вообще к идее самоценности жизни и здоровья. Каждому необходимо индивидуально и принудительно объяснить, что только тогда ты выживешь (если хочешь) и страна в целом, в том числе, когда сделаешь самоценностью свою жизнь, свое здоровье и жизнь своих детей – только тогда общество и государство сможет тебе помочь. Это и есть, в моем представлении, то поле деятельности, где не врачи, а гуманитарии могут достичь эффективных результатов.

Из всех ныне живущих граждан наиболее комплаентными к такому подходу в этом смысле являются наши пенсионеры. Но это не тот возраст, где эти принципы или восприимчивость должны развиваться. Комплаентными к идеям здорового образа жизни должно быть наше будущее – наши дети, молодое поколение. Если мы в них воспитаем это – то задача медицинской антропологии в этом смысле будет выполнена. Переворот в сознании и душах людей могут сделать только гуманитарии, а не врачи. Говоря терминами прошлого: медицинская антропология как наука должна конкретно у нас в стране стать также некоей «идеологической надстройкой» над взаимоотношениями государства, общества и медицинской корпорации, какой была компартия с её идеями здоровых строителей коммунизма.

**А.К.:** В одном из наших разговоров Вы рассказывали, что некоторые Ваши коллеги иначе понимают *медицинскую антропологию*.

**Р.Х.:** Я не знаю, есть ли смысл об этом говорить...

**А.К.:** Есть-есть, конечно. Как явление эта позиция существует, ее также интересно изучать.

**Р.Х.:** Как явление существует, но практически не имеет отношения к медицинской антропологии. Это то, что в советской медицинской школе преподавалось в виде *истории медицины*. То есть, это изучение исторического развития медицинских систем, связанных с нашей цивилизацией. Но, благодаря идеологической над-

стройке, даже в этом советские историки пытались всё свернуть в официальные системы медицины, имеющие беспрекословную поддержку на государственном уровне. При этом другие этномедицинские системы вообще не принимались во внимание и замалчивались. Образованные специалисты все же говорили о том, что существует иглорефлексотерапия, что, например, в социалистическом Китае и народной Монголии, кроме государственной системы, существуют и частные врачи, и народная медицина, и так далее. Большая часть историков рассказывали о госсистемах здравоохранения, о тех, которые имели превалирующее значение в каком-то государстве. Для меня, например, как для специалиста – врача – вся медантропология укладывается в науку «история медицины», которую мне преподавали.

Что касается бытующих взглядов среди других специалистов, прежде всего, учёных-медиков, то, например, в российском анатомическом научном сообществе есть научная секция «медицинской антропологии», которую возглавляет профессор Владимир Николаевич Николенко<sup>13</sup>, проректор Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, широко известный своими исследованиями в области физической и возрастной антропологии. На формирование его взглядов как учёного-антрополога, в плане представлений о медицинской антропологии, очень большое влияние в своё время оказал профессор-анатом Валентин Сергеевич Сперанский, который был основателем известной Саратовской школы краниологии – одного из важнейших разделов физической антропологии.

Поскольку авторитеты в каждой науке непоколебимы, то большинство анатомов подразумевает под медантропологией всё то, что связано с общим предметом физической антропологии – т.е., фактически, *остеологию* (изучение костей) – в историческом аспекте, в медицинском аспекте (в плане проявления заболеваний), в плане палеопатологическом... Отсюда следует, что те анатомы, которые изучают скелетную изменчивость современного человека, являются специалистами в очень узкой области физической антропологии и не более то-

го. Поэтому-то на Западе существуют два направления антропологии, достаточно чётко разграничиваемые – социокультурная и физическая.

Есть также другой взгляд. Некоторых специалистов просто не подпускают ни к чему официальная система здравоохранения – потому что она считает, что других систем здравоохранения<sup>14</sup> «не существует». В советское время это было врачебным и (даже, возможно, политическим) инакомыслием, теперь это в большей степени «страусиная политика»... Это народное целительство, знахарство, восточная иглорефлексотерапия, которая ограниченным путем получила хождение в советской и современной медицине, это всевозможные остеопатические системы, мануальная терапия, минералотерапия, терапия лекарственными травами (фитотерапия)<sup>15</sup>.

В профессиональной фитотерапии есть целая система составления сборов: вы не просто пьете травяной чай – абы когда и абы из каких трав. Вы должны пить чай из фитосбора тех растений, которые были собраны не только в определенный день, а в определенный час (!), предположим, какой-то фазы лунного цикла, не говоря уже о времени употребления. Только тогда этот состав компонентов имеет лечебное значение именно при этом заболевании. Это целое искусство! У нас же в большей степени – упрощение и примитивизация. Всё это требует огромных фактических знаний!

В этом году памятная дата Авиценны. В моей личной библиотеке есть перевод с языка фарси пятитомника Авиценны. В этой книге теоретических основ мало, львиная доля – фактология, вплоть до вызывающих отвращение методов лечения испражнениями животных. Ничего этого не допускалось в своё время в официальную медицину, считалось антинаукой.

Зато считалось, например, что антибиотики, эра которых началась с открытия в нашей стране Зинаиды Виссарионовны Ермольевой<sup>16</sup> – это всё. Но на сегодняшний день мы понимаем, что микробы эволюционируют вместе с нами, анти-

биотики становятся все менее эффективными, и получается, что мы тоже чего-то главного не знаем. Представьте себе, какими невеждами мы будем выглядеть с этими антибиотиками через тысячу лет, если мы уже сегодня способны понять, что они породили столько же проблем, сколько решили. Для меня, как для медицинского антрополога, в философском плане – это то же самое, что медицина Авиценны для лечения современных больных. Да, микробы мы подавляем, да, что-то делаем, но на завтрашний день эти антибиотики оказываются непригодны, потому что оказалось, что микробы «умнее», или кто-то, или что-то «умнее» нас. И болезни плодятся снова. Мы пытаемся поймать жар-птицу, а она всё время выскальзывает у нас из рук. И тогда мы начинаем сомневаться, а все ли мы правильно изначально делали. Тем ли мы лечили, так ли мы лечили, всё ли мы учли. Можно ли всех лечить одинаково? Мы пытаемся себе доказать, что наши стандарты лечения страховой медицины – некая волшебная палочка, которая должна помочь всем или почти всем и всегда. И даже методы доказательной медицины используем для оправдания. Итог: оказывается, не всем и не всегда. Но кто-то же должен заниматься этими пятью процентами нестандартных пациентов, которым ничего известное официальной медицине не помогает.

Вот тут и должны прийти на помощь специалисты с огромным пластом эмпирических знаний, – те, которых к пациентам никогда не подпускали. Потому что по своему образованию они большей частью были гуманитарии, либо вообще не имели образования. Это третья категория наших специалистов, у которых свое представление о медицинской антропологии. В их системах пациент – главный фигурант на деле, а не на бумаге, в приказах, инструкциях и т.д. И именно в этих системах, как ни парадоксально это прозвучит, давным-давно эмпирически, без всякой системной биологии, реализованы принципы персонализированной медицины, о которой так много теперь говорят. Для меня лично – с этими специалистами в нашей стране в наибольшей степени пока и связана медицинская антропология...

И есть медантропологи – в моем представлении, о котором я Вам вначале говорил, – мизерная прослойка мыслящих клиницистов, которые прекрасно понимают, что *больного* надо лечить, а не болезнь... Учитывая родословную, учитывая этническую принадлежность, учитывая традиции семьи, национальные особенности, характер питания, климатические условия проживания, экономические и даже астрономические факторы. Вот эти мыслящие врачи – они и являются медицинскими антропологами, то есть «врачами-человековедами». Почему? Потому что они не лечат по принципу страховой медицины: «твое учреждение за тебя заплатило столько – я тебе выписал пять лекарств, другому его учреждение заплатило больше – я ему выписал семь лекарств. И больше – ни-ни». Это те врачи, которые учитывают культурную, медико-антропологическую составляющую каждого пациента, и это может оказаться гораздо важнее в некоторых случаях, чем все лекарства вместе взятые. Но это не потому, что они так образованы и получили больший и лучший объём «образовательных услуг», а потому, что у них это – мировоззренческая позиция. А ей даже научиться нельзя, она воспитывается.

То есть, в моем представлении есть две группы людей, которые имеют отношение к медицинской антропологии. Это думающие врачи-клиницисты современной медицины (в большинстве стран – официальной), для которых антропологическая составляющая человека значит столько же, сколько и клиническая составляющая. И это те специалисты-эмпирики, врачи традиционной медицины<sup>18</sup>, для которых антропологическая составляющая превалирует над медицинской составляющей, а сущность лекарства имеет наименьшее значение в излечении пациента (будь то вода, растение, камень и т.д.).

Давайте вернемся к изначальному понятию «врач», «врачевание». Вспомните крылатое латинское выражение: *«Из всех искусств медицина – высочайшее»*. Это же – искусство. Искусство не может быть совмещено с инструментализмом, на котором основана современная биомедицина (молекулы, реактивы,

приборы, технологии). Искусство – значит творчество, а творчество – оно «от бога», оно не от наших утилитарных или технологических представлений. В этом смысле врачи, врачебное искусство напрямую соприкасаются с творчеством. Одной из задач медицинской антропологии мне видится в разрешении этого противоречия между инструментализмом современной медицины и творчеством врачебного искусства, как особой сферы деятельности человека. В сознании врача официальной практики эта задача пока почти не разрешимая.

**А.К.:** Из Ваших слов следует, что в России есть некоторое противостояние физических антропологов и исследователей, которые работают в этномедицинском направлении. Интересно, когда я училась в Америке, я тоже это почувствовала, но в менее выраженной форме. Там это не мешает людям с очень разными взглядами работать на одной и той же кафедре; я говорю сейчас о кафедре антропологии Университета Кейс Вестерн Резерв. Там есть эволюционные (биологические) антропологи, а есть антропологи, которые изучают социокультурную вариативность представлений о здоровье, о болезни, о способах лечения. Не думаете ли Вы, что возможность такой интеграции медицинских антропологов биологического и этномедицинского толка была бы очень полезной? Чтобы изучались и биологические ответы организма человека на болезнь, и социокультурные «ответы»? Что именно в таких интердисциплинарных командах ученых рождались бы самые интересные исследования и самые важные ответы?

**Р.Х.:** Вы знаете, решение этого вопроса неоднозначно даже в пределах одной страны, а, может быть, даже одного университета. Почему я так думаю? Всё зависит от научной школы и от традиции, в которой воспитывались учёные. Например, ни на одной университетской кафедре в медвузах России (да и во всём мире, я полагаю, тоже) латинский язык не преподается вместе с анатомией. Потому что латинский язык – это гуманитарная наука. Язык – очень специфический инструмент. Это не скальпель, не пинцет. Человеку, который орудует пин-

цетом и скальпелем, очень трудно понять, что язык тоже может быть инструментом, причем гораздо более эффективным, нежели пинцет и скальпель. Это не укладывается в его голове. Но это не его вина. Это его проблема, которая воспитана со студенческой скамьи. Вот кафедра анатомии человека, на ней с помощью скальпеля и пинцета изучают тело человека. А вот кафедра языков – на ней изучают язык, с помощью которого описывают всё то, что изучают с помощью скальпеля и пинцета (!) Вся анатомия человека укладывается в 7428 латинских терминов, это в количественном отношении полноценный словарный запас двух европейских языков. Зачем же делить неделимое? Можно ли всё это преподавать на одной кафедре? Как показывает наш опыт, можно, и с очень большим успехом. Но в головах уложить нельзя. Нужна некая толерантность к другому стилю или способу мышления и другому восприятию. Поэтому то, о чём Вы говорите, я думаю, некое проявление толерантности научной, в том числе, научной этики. Так воспитали. В нашей стране это почти невозможно.

Мне однажды подарили раритетную книгу – материалы знаменитой сессии ВАСХНИЛ, на которой разгромили всех советских генетиков-морганистов, а «лысенковщину» (при этом я нисколько не хочу опорочить или умалить заслуги Лысенко как учёного, а таковые, как показывает анализ исторических материалов, были!) провозгласили в качестве теоретической основы советской агробиологии. Так что у нас – свои идейные «традиции» и они, к сожалению, очень живучи. Научной анафеме можно предать кого угодно и что угодно. Я думаю, то, о чём Вы говорите – о ситуации в США, – на самом деле научный нейтралитет, некая вежливая порядочность, научный этикет, который никто не нарушает, но и развивать сотрудничество, как я понимаю, также никто не старается. Для того чтобы такое сотрудничество было возможным и развивалось дальше, нужно, в моем представлении, предложить конкретную программу действий, определить

направление, в рамках которого это сотрудничество могло бы быть эффективным и приносило пользу и физическим, и медицинским антропологам.

**А.К.:** Радик Магзинурович, спасибо Вам большое за такое откровенное интервью.

***Примечания:***

<sup>1</sup>Алексеева Татьяна Ивановна (1928 – 2007) – российский антрополог и этнограф, академик РАН (с 2000, член-корреспондент РАН с 1991). В 1951 г. окончила биологический факультет МГУ им. М. В. Ломоносова. Работала с В.В. Бунаком, в Монголии изучала монгольское современное население, автор фундаментальных трудов по палеоантропологии славянского населения Восточной Европы, также занималась проблемами адаптивной антропологии (в том числе факторами влияния среды на адаптивный, физиологический статус организма). Работала в НИИ антропологии им. Д.Н. Анучина при МГУ, в последние годы жизни занимала пост директора музея антропологии МГУ им. М.В. Ломоносова. После кончины мужа (В. П. Алексеева) в начале 1990-х гг. возглавила отдел антропологии Института археологии РАН (*Энциклопедический словарь, 2009*).

<sup>2</sup>Никитюк Борис Александрович (1933 – 1998) – российский анатом и антрополог, проф., чл.-корр. РАМН. Проводил исследования по морфологии черепа и скелетной системы, ауксологии, биологии старения и спортивной антропологии. (<http://www.rusanthropology.ru/>)

<sup>3</sup>Речь идет о диалоге между Р.М. Хайруллиным и Д.В. Михелем на Пятой (весенней) Школе МАиБ (27 февраля 2013). После рассказа Д.В. Михеля о прикладной деятельности антропологов в клиниках США, Р.М. Хайруллин напомнил, что постулат «лечить больного, а не болезнь» был заложен ещё давно основоположниками отечественной терапии, такими врачами как Д.С. Стражеско, М.Я. Мудров и

другими врачами, которые ставили диагноз больному «на пороге дома», увидев только социальную обстановку, в которой он жил, его родственников и пр.

<sup>4</sup>Сергей Петрович Боткин (1832 – 1889) – терапевт, один из основоположников отечественной клиники внутренних болезней как научной дисциплины, основатель крупнейшей школы русских клиницистов. В 1860 – 1861 гг. организовал клинко-экспериментальную лабораторию, где были проведены первые в России исследования по клинической фармакологии и экспериментальной терапии. Высказал предположение об инфекционной природе катаральной желтухи (гепатита) (*Энциклопедический словарь, 2009*).

<sup>5</sup>Поль Пьер Брокá (Paul Pierre Broca, 1824 – 1880) – французский анатом и антрополог. Основал Антропологическое общество в Париже (1859). Открыл двигательный центр речи (центр Брока) в головном мозге (1863). Труды по методике физической антропологии, о современном и древнем населении Франции, сравнительной анатомии приматов (*Энциклопедический словарь, 2009*).

<sup>6</sup>Карл Максимович Бэр (1792 – 1876) – естествоиспытатель, основатель эмбриологии, один из учредителей Русского географического общества, иностранный член-корреспондент (1826), академик Петербургской АН. Родился в Эстляндии. Работал в Австрии и Германии; в 1829 – 1830 и с 1834 – в России. Открыл яйцеклетку у млекопитающих, описал стадию бластулы; изучил эмбриогенез цыпленка. Установил сходство эмбрионов высших и низших животных, последовательное появление в эмбриогенезе признаков типа, класса, отряда и т. д.; описал развитие всех основных органов позвоночных. Исследовал Новую Землю, Каспийское море. Редактор серии изданий по географии России. Объяснил закономерность подмыва берегов рек (закон Бэра) (*Энциклопедический словарь, 2009*).

<sup>7</sup>Речь идет о статье о работах А. Клеймана (Тишков, Тишков 1988).

<sup>8</sup>В.А. Тишков, вслед за А. Клейманом, развивает интерпретативную медицинскую антропологию, вводя ставшее сегодня обиходным в этой области раз-

личение *заболевания/ болезни* (disease/illness), идею, что *болезнь* – это не сущность, но *объяснительная модель*.

<sup>9</sup>Лерой Худ (Leroy Hood, д.р. 1938), американский биолог, внесший большой вклад в автоматизацию расшифровки генома человека, соучредитель Института системной биологии в Сиэтле; стал пионером концепции системной биологии – взгляда на человеческую биологию как на «сеть сетей» (network of networks). Согласно этой модели для понимания, как функционирует система, нужно знать: 1) все компоненты каждой сети (включая генетическую, молекулярную, клеточную сети, сеть органов), 2) как эти сети взаимодействуют внутри себя и между собой, 3) как сети меняются со временем с учетом отклонений, 4) как достигается функция в этих сетях (*Wikipedia*).

<sup>10</sup>Если быть точным, Лерой Худ определил медицину будущего как: Predictive (предсказательная, предиктивная), Personalized (персонализированная), Preventive (превентивная, профилактическая), Participatory (подразумевающая активное участие пациента, партнерская) (*Wikipedia*).

<sup>11</sup>Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. N 2580-р «Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года» (доступно на сайте <http://минздрав.рф/>)

<sup>12</sup>Следует заметить, однако, что правительство РФ и Минздрав РФ не высказывались по поводу формирования такой профессии как «медицинский антрополог», в «Общероссийском классификаторе профессий...» ее не существует.

<sup>13</sup>О В.Н. Николенко см. информацию на сайте <http://www.famous-scientists.ru/1162/>

<sup>14</sup>Видимо, имеются в виду традиционные медицинские системы и практики.

<sup>15</sup>Надо отметить, что ситуация с каждой из перечисляемых проф. Р.М. Хайруллинским традиционных систем, практик и методов профилактики и лечения, а также их взаимоотношения с государственной системой здравоохранения, бази-

рующей почти исключительно на биомедицине, развивались по-разному в разные периоды. В целом же укажем на то, что в «Основах Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», принятом в 1993 г., были специальные статьи, которыми разрешалось «народное целительство», трактуемое очень широко, де-факто понимаемое как неконвенциональная медицина. Подробно см., например: (Харитоновна 2010а; Харитоновна 2010б).

<sup>16</sup> Зинаида Виссарионовна Ермольева (1898 – 1974) – микробиолог, академик АМН СССР (1963). Получила первые отечественные образцы антибиотиков: пенициллина (1942), стрептомицина (1947) и др.; а также интерферона. Государственная премия СССР (1943) (*Энциклопедический словарь, 2009*).

<sup>17</sup> Речь идет не о профессиональных врачах биомедицины, а о специалистах в сфере неконвенциональных медицинских систем, практик, методов.

## **Библиография**

Михель, Д.В. (2000) *Философский анализ стратегий телесности современной западной цивилизации*. Диссертация на соискание ученой степени доктора философских наук, Саратов: СГУ.

Тишков, В.А., Тишков, В.В. (1988) Диалог между антропологией и медициной. О книгах А. Клейнмана “Пациенты и целители в культурном контексте”, “Социальные корни дистресса и болезни”, “Заметки на полях. Дискурс между антропологией и медициной”, *Журнал прикладной психологии*, 1, с. 37–50.

Харитоновна, В.И. (2010а) Интеграция медицины в России: идеи и воплощение, *Развитие традиционной медицины в России. Опыт, научные исследования, перспективы: материалы научно-практической конференции с международным участием 20-21 августа 2010 г.*, Улан-Удэ: Изд-во ГУЗ РЦМП МЗ РБ, с. 97–102

Харитоновна, В.И. (2010б) Идеи комплементарной и интегративной медицины в современной России, *Философские проблемы биологии и медицины*, Выпуск 4. Фундаментальное и прикладное: сборник материалов 4-й ежегодной научно-практической конференции, М.: Изд-во «Принтберри», с. 217–220.

Энциклопедический словарь (2009)

## References

Michel, D.V. (2000) *Filosofskij analiz strategij telesnosti sovremennoj zapadnoj civilizacii* [The philosophical analysis of the corporeality strategies of modern Western civilization]. Dissertacija na soiskanie uchenoj stepeni doktora filosofskih nauk [The thesis for the degree of Doctor of Philosophy], Saratov: SGU.

Tishkov, V.A., Tishkov, V.V. (1988) Dialog mezhdu antropologiej i medicinoj. O knigah A. Kleinmana "Pacienty i celiteli v kul'turnom kontekste", "Social'nye korni distressa i bolezni", "Zametki na poljah. Diskurs mezhdu antropologiej i medicinoj" [The dialogue between anthropology and medicine. About the books of A. Kleinman "Patients and healers in the context of culture", "Social origins of distress and disease", "Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine", *Zhurnal prikladnoj psihologii* [Journal of Applied Psychology], 1, p. 37–50.

Haritonova, V.I. (2010a) Integracija medicin v Rossii: idei i voploshhenie [Integration of medicines in Russia: ideas and implementation], *Razvitie tradicionnoj mediciny v Rossii. Opyt, nauchnye issledovanija, perspektivy: materialy nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem, 20-20-21 avgusta 2010* [The development of traditional medicine in Russia. Experience, research, prospects: materials of scientific-practical conference with international participation, August 20-21, 2010], Ulan-Ude: GUZ RCMP MZ RB, p. 97–102.

Haritonova, V.I. (2010b) Idei komplementarnoj i integrativnoj mediciny v sovremennoj Rossii [The ideas for Complementary and Integrative Medicine in modern Russia], *Filosofskie problemy biologii i mediciny, Fundamental'noe i prikladnoe: sbornik materialov 4-j ezhegodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii* [Philosophical Problems of Biology and Medicine, Fundamental and applied: a collection of the 4-th annual scientific conference], Issue 4, Moscow: "Printberri", p. 217–220.

*Jenciklopedicheskij slovar'* [Encyclopedic Dictionary] (2009)

© 2013 А.С. Курленкова, Р.М. Хайруллин

© 2013 редакция журнала «МАиБ»