

Философская мысль*Правильная ссылка на статью:*

Корецкая М.А. Становление нозологических классификаций в контексте проблемы социального конструирования научных фактов // Философская мысль. 2025. № 11. DOI: 10.25136/2409-8728.2025.11.76568
EDN: KPRHDM URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=76568

Становление нозологических классификаций в контексте проблемы социального конструирования научных фактов**Корецкая Марина Александровна**

ORCID: 0000-0002-6910-8744

доктор философских наук

доцент, зав. кафедрой; кафедра философии и биоэтики; Самарский государственный медицинский университет

443100, Россия, Самарская обл., г. Самара, Октябрьский р-н, ул. Ново-Садовая, д. 2, кв. 47

[✉ listarh@list.ru](mailto:listarh@list.ru)[Статья из рубрики "Новая научная парадигма"](#)**DOI:**

10.25136/2409-8728.2025.11.76568

EDN:

KPRHDM

Дата направления статьи в редакцию:

25-10-2025

Дата публикации:

01-11-2025

Аннотация: Западная медицина, пройдя исторический путь становления в качестве научного знания, оказалась включена в эпистемологические дискуссии о природе научного факта, социальном контексте процесса познания и организации науки как социального института. Здоровье является сколь биологическим феноменом, столь и социальным, а научные представления о здоровье и болезни зависят от конкретного культурного горизонта и принятых социальных практик. Цель статьи заключается в ответе на вопрос о том, что собой представляет конструирование научного факта, когда речь идет об истории медицины как науки и конкретно о становлении принципов нозологической классификации. Эта проблематика позволяет глубже понять процессы, связанные с актуальным развитием медицинского знания, в частности, эксплицировать

механизмы, лежащие за дискуссиями о системах Международной классификации болезней. Методологическая работа основывается на конструктивистской парадигме философии и социологии науки, а также на принципах социального конструкционизма. Кроме того, для данного исследования релевантны логика практического поворота в гуманитарном знании и междисциплинарный подход. В исследовании проведен анализ двух ключевых текстов, относящихся к конструктивистской традиции: Л. Флек «Возникновение и развитие научного факта» и М. Фуко «Рождение клиники». Результатом анализа стало описание становления медицины в перспективе конструктивистской эпистемологической парадигмы. Показано, что, если Флек писал о том, как понимание болезни зависит от стиля научного мышления, присущего культуре, то работа Фуко позволяет подтвердить гипотезу, что нозологический конструкт болезни формируется под влиянием определенных институтов, таких как клиника, которая структурирует госпитальное пространство по аналогии с пространством лабораторным и помещает феномен болезни в ячейки нозологической классификации, созданной в результате практических действий. Конструктивистский подход к медицинскому знанию позволил также рассмотреть систему МКБ как эпифеномен развития клинического мышления в эпоху биополитики и эксплицировать логику конфликта вокруг перехода от МКБ-10 к МКБ-11 эффект различия ценностных горизонтов, влияющих на стили научного мышления.

Ключевые слова:

конструктивизм, социальный конструкционизм, болезнь, нозология, научный факт, стили мышления, социальные институты, клиника, клинический взгляд, Международная классификация болезней

Введение

Западная медицина прошла долгий исторический путь становления в качестве научного знания и поэтому неудивительно, что она оказалась тематически включена в важнейшие дискуссии, происходившие в эпистемологии и социологии науки с конца XIX века. Это, прежде всего, дискуссии о природе научного факта, социальном контексте процесса познания и, наконец, об организации науки как социального института.

В классической философии познания предполагалось, что наука должна и может отстаивать свою автономию по отношению к другим сферам деятельности, субъект познания должен рассматриваться как носитель чистой рациональности вообще, отделенный от любых социокультурных контекстов. Ученый, входя в лабораторию, должен оставить за ее дверями не только все свои идеологические пристрастия, но и весь биографический, социальный, культурный и исторический контекст своей жизни, чтобы не искажать трансцендентальной чистоты своего мышления [\[2\]](#). И только в таком случае в стерильном пространстве лаборатории в качестве объективного факта познающему разуму открывается тот или иной фрагмент природной реальности как таковой.

Тем не менее в XX веке такое понимание процесса познания было проблематизировано. Начиная с дискуссий о научных фактах: в Венском кружке Рудольф Карнап [\[7\]](#) и Отто Нейрат [\[13\]](#) обсуждали протокольные предложения, а Пьер Дюгем еще в конце XIX говорил о теоретической нагруженности фактов и наблюдения как такового [\[3\], \[23\]](#).

Следующим шагом стала гипотеза о том, что научные теории не существуют в мире чистых идей, а вплетены в социокультурный контекст своей эпохи. И в этом смысле в истории науки мы имеем дело не с простым поступательным накоплением информации о реальности как она есть, а с различными концептуализациями этой реальности, различными моделями мира. В таком случае научный факт начинает пониматься как конструкт, имеющий социальную природу. Идея о том, что из научного знания невозможно устраниć социальную компоненту, а наука должна быть рассмотрена как социальный институт, отвечающий на запросы общества, привела к появлению социологии науки как отдельной дисциплины, которая активно развивается по сей день.

Эта проблематика имеет прямое отношение и к медицинскому знанию. Как мы должны понимать болезни в качестве предмета медицинского знания и практики? Как некий непосредственно данный природный феномен, о котором мы поступательно наращиваем знания, неуклонно приближаясь к истине? Или же как познавательный конструкт, с помощью которого мы концептуализируем проблемы сохранения и восстановления здоровья людей? Здоровье является сколь биологическим феноменом, столь и социальным, а научные представления о здоровье и болезни (не менее, чем донаучные, мифологические) зависят от конкретного культурного горизонта и принятых социальных практик. Конструктивистский подход к пониманию болезни и процесса диагностики, мы видим в концепции Людвига Флека. Мишель Фуко, чьи труды вписываются в направление социального конструкционизма, дает описание специфики клинического взгляда врача и клиники как социального института. Обоих авторов объединяет установка на критику реалистического понимания сути познавательного процесса: знание не отражает некую самодостаточно существующую реальность, а конструирует свой объект в процессе социальной коммуникации, дискурсивных практик и становления институтов. Обе работы оказали значительное влияние не только на медицинскую антропологию, но и на философию и социологию науки [27]. Тема представляется важной не только в контексте истории или философии медицины, она позволяет глубже понять процессы, связанные с актуальным развитием медицинского знания, в частности, эксплицировать механизмы, лежащие за дискуссиями о системах Международной классификации болезней.

Цель статьи заключается в ответе на вопрос о том, что собой представляет конструирование научного факта, когда речь идет об истории медицины как науки и конкретно о становлении принципов нозологической классификации. Мы сначала остановимся на том, как Людвиг Флек в книге «Возникновение и развитие научного факта» ставит ту или иную концептуализацию болезни в зависимость от стиля мышления эпохи, далее рассмотрим как Мишель Фуко показывает в «Рождение клиники» влияние становления медицинских институтов на принципы нозологических классификаций, а в заключении посмотрим на процесс перехода от МКБ 10 к МКБ 11 в контексте конструктивистского подхода к нозологии.

Методологическая работа основывается, прежде всего, на конструктивистской парадигме философии и социологии науки, а также на принципах социального конструкционизма. Поскольку конструирование научных фактов (знание о болезнях) понимается как находящееся в прямой зависимости от практик, для методологической оптики данного исследования важна логика так называемого практического поворота в гуманитарном знании. Работа в тематическом поле данного исследования предполагает междисциплинарный подход, поскольку проблематика располагается на стыке нескольких дисциплин: философии и социологии науки, истории и философии медицины, а также медицинской антропологии.

Людвиг Флек: история концептуализации сифилиса в контексте проблемы стилей мышления

В книге Флека, которая вдохновила Томаса Куна на идею революционной смены научных парадигм [9; с. 15], рассматривается конкретный кейс: реакция Вассермана и ее роль в диагностировании сифилиса. Но этот пример используется для того, чтобы предложить концепцию социальной обусловленности любого научного факта. Это позволяет рассматривать Флека как предтечу социологического подхода в эпистемологии. В этом качестве его наследие было переосмыслено, прежде всего, социологом Брюно Латуром, в частности, в книге «Наука в действии: следуя за учеными и инженерами внутри общества», где автор разворачивает до полноценной концепции тезис о том, что в науке «Конструирование фактов, как и игра в регби, - процесс коллективный» [11; с. 171]. Следует отметить, что Флек имел медицинское образование, обширную медицинскую практику и значительную часть своей карьеры посвятил лабораторным исследованиям, связанным с методами диагностирования сифилиса, тифа и других эпидемических заболеваний, а также разработкам в области иммунологии. Эти биографические детали важны, поскольку позволяют отметить, что у концептуальных построений Флека практический, а не спекулятивный фундамент [26]. Флек реконструирует генеалогию медицинских знаний о сифилисе, показывая, что в течение нескольких столетий эти знания не просто накапливались, но достаточно радикально меняли свой мировоззренческий и культурный горизонт.

Принято считать, что история науки о сифилисе восходит к самому концу XV века, когда в ситуации, способствовавшей эпидемиям, на фоне войн, циклических засух, наводнений и вызванного ими голода, в Европе быстро распространялась некая зараза, природу которой пытались специфицировать авторы медицинских трактатов того времени. Врач и профессор Падуанского университета Джироламо Фракасторо в своей поэме 1530 года предложил сам термин «сифилис» [19]. Однако при внимательном взгляде на исторические источники вполне уместно задаться вопросом, в какой степени сифилис, о котором пишет Фракасторо и его современники и сифилис, знакомый современному медицинскому знанию, представляют собой один и тот же феномен. Прежде всего, очевидна размытость номенклатуры того времени и ее склонность к эвфемизмам. Предложенный Фракасторо концепт восходит к имени мифического пастуха Сифила, наказанного богами за нечестие болезнью. Этимологически имя Сифил означает «любящий свиней» – то есть перед нами очевидная метафора грязи и низости. Другие названия, бытовавшие в то время: люэс – от латинского *lues* – зараза, язва; а также «французская» или «немецкая» болезнь – в зависимости от того, какому чуждому и вредоносному влиянию приписывалось распространение этой напасти в добропорядочном обществе. Еще более показательно то, что авторы позднего Средневековья и Нового времени по нюансам клинической картины этой «французской хвори» не особенно стремились ее отделить от внушительного списка других заболеваний, таких как проказа, чесотка, туберкулез кожи, кости и желез, оспа, микозы кожи, гонорея, мягкий шанкр, и даже подагра. К примеру, «французская хвоя» нередко именуется «матерью» или «дочерью проказы». С другой же стороны, вплоть до XIX века некоторые врачи могли считать так называемые сухотку спинного мозга и прогрессивный паралич не проявлением одной из стадий сифилиса, а отдельными заболеваниями (или даже побочными эффектами лечения ртутью, как считал, например, Ульрих фон Гуттен). О сложном процессе установления причинно-следственной связи сифилиса и прогрессивного паралича пишут Е.М. Чумаков, Н.Н. Петрова и И.О. Смирнова [24]. Причина такой неразберихи была не столько в том, что у медицины вплоть до XIX века

было недостаточно данных о сифилисе, – ведь сведений за века медики собирали впечатляющее количество, – сколько в том, что перспектива взгляда на эту болезнь и болезни вообще выстраивалась из иного мировоззренческого и культурного горизонта, и соответственно, диагностические открытия в области микробиологии и серологии оказались возможны только после радикального сдвига в европейской научной картине мира, который произошел лишь на рубеже современности.

Флек обращает внимание читателя прежде всего на то, что сифилис начиная с XV века концептуализировался по преимуществу в религиозно-этическом контексте: «Религиозные учения, в соответствии с которыми болезнь рассматривалась как кара за греховное сладострастие, а половые связи рассматривались под углом зрения моральных норм, легли краеугольным камнем сифилидологии, придали ей особый этический смысл. Полагают, что эту болезнь посыпает Бог для того, чтобы люди бежали от греха сладострастия» [\[18; с. 27\]](#). Глядя под таким углом зрения, медицина того времени не имела особых оснований различать сифилис, гонорею и иные венерические заболевания. В этом смысле был вполне в духе эпохи самоотверженный, но ошибочный эксперимент шотландского хирурга Джона Хантера, привившего себе в 1767 году биоматериалы больного гонореей и в результате заболевшего также и сифилисом. Этот эксперимент в то время трактовался как эмпирическое доказательство тождества этих болезней. Контекст «греховности» привел к длительной стигматизации больных. Сифилитические поражения кожи буквально трактовались как «язвы порока», страдающим от болезни вменялось чувство вины и смирение перед лицом справедливого наказания, что могло приводить и вовсе к целенаправленному отказу от лечения. Моральная низость и сексуальная распущенность, трактуемые как непосредственная причина заболевания, подвергались постоянному порицанию как в проповедях священников, так и в пользовавшихся популярностью сатирических произведениях вроде знаменитой серии гравюр Уильяма Хоггарта «Карьера проститутки» (1732), на которой красочно показан весь путь некой Молл от морального падения до смерти от сифилиса в 23 года. К выдержанной в той же логике профилактике можно отнести и определенный комплекс административных мер борьбы с венерическими заболеваниями, среди которых были закрытие публичных домов, преследование, постановка на учет и принудительные медицинские обследования женщин, занимающихся проституцией. Например, как пишут в своей статье, посвященной истории сифилиса в России, В. Г. Коляденко и В. И. Степаненко, такого рода кампании начались при царе Алексее Михайловиче и периодически повторялись потом при Петре I, Екатерине II и далее, хотя существенно снизить эпидемиологический характер заболевания такие меры не помогли [\[8\]](#). Для религиозно-этической трактовки болезни некоторой проблемой было то, что люди часто болели целыми семьями, и врожденные формы заболевания были весьма распространены. Виновен ли в безнравственности ребенок, получивший сифилис наследственным путем? Эта дилемма снималась просто: погрязшими в пороке и деградирующими объявились как семьи, так и целые социальные группы, разумеется, из низов. Флек приводит красноречивую цитату из книги Райха о сифилисе (Reich E. Über den Einfluss der Syphilis auf das Familienleben. Amsterdam, 1894), описывающую одно из подобных семейств в целом как «неуправляемое, жестокое и грубое, склонное, бес tactное, невежественное, жадное и безрассудное» [\[18; с. 99\]](#).

Помимо религиозно-этического объяснения природы болезни было распространено также и астрологическое, видевшее причину эпидемического распространения «язвы» в движении небес: «Большинство авторов допускают, что соединение 25 ноября 1484 г. Сатурна и Юпитера под знаком Скорпиона в Доме Марса было причиной уязвления

плоти» (Rinius Benedictus. *De morbo Gallico, tractatus. In: Luisinus. De morbo Gallico*, v. 2, s. 18) [\[18; с. 27\]](#). В таком объяснении нет ничего удивительного, если учесть, что в тот период астрология была весьма респектабельна и ученых мужей не возникало даже мысли противопоставлять ее научному знанию. Собственно, сами границы научного естествознания, как об этом пишет В.П. Визгин [\[2\]](#), начнут складываться лишь в XVII веке, а выдворение астрологии и иных эзотерических форм знания на маргинальные позиции в качестве лженауки займет без малого еще два столетия. Своя внутренняя логика в астрологическом объяснении была, поскольку Скорпион связывался астрологами с сексуальностью, а сильное влияние Сатурна рассматривалось как вредоносное. Таким образом, объяснялось, почему под воздействием звезд люди стали особенно склонны к «плотскому греху» и в результате получили наказание в эпидемическом масштабе. Мы видим, что и астрологический подход не давал врачам поводов для дифференции венерических заболеваний.

Некоторые основания для спецификации сифилиса, казалось, давал эмпирико-практический подход, базировавшийся на лечении ртутными препаратами: врачи замечали, что в некоторых случаях ртуть помогает при лечении «французской хвори», в других же нет. С позиций современного знания понятно, что ртуть совершенно бесполезна при гонорее. Однако общий мировоззренческий контекст склонял врачей XV-XVII веков объяснять такое избирательное воздействие ртути скорее причинами спиритуального характера. И это неудивительно, если учесть, что теоретической базой медицинского применения ртути была алхимическая металлотерапия. Флек подводит нас к выводу, что врачи обобщали и классифицировали наблюдения в соответствии со стилем мышления своей эпохи, для которого по ту сторону физического присутствует метафизическое; фундаментальные причины происходящего имеют духовно-мистический характер, а в природном порядке всегда есть место чуду. Флек пишет: «Представим себя в мире Парацельса! В мире, где каждая вещь, каждое событие выступают как символы, и в то же время любой символ, любая метафора обладают объективным значением. В мире, наполненном тайным смыслом, духами и неведомыми силами, в мире, где бунт уживается с покорностью, любовь с ненавистью. Как еще можно жить в реальности, столь бурной, неопределенной, опасной, иначе, чем верой в чудо? Чудо — это и есть самый фундаментальный принцип, самый непосредственный опыт этой действительности, оно таится везде и всюду и пронизывает собой все знание, является предпосылкой любого размышления и следствием из него» [\[18; с. 57\]](#).

Движение медицины в сторону становления микробиологии и серологии оказалось возможно не раньше, чем мир, пользуясь известным выражением Макса Вебера, начал расколдовываться. Этот новый стиль мышления, постепенно укоренявшийся в науке, предполагал, что причины любых природных процессов следует искать исключительно в физической реальности. В результате такого смещения внимания наука вместо постулирования зловредных духов и демонов, терзающих плоть больных за их грехи, стала искать биологических возбудителей, которые не видны невооруженным глазом, не потому, что имеют спиритуальную природу, а потому что являются микроорганизмами, и соответственно, они поддаются эмпирическому исследованию в специально организованном для этого пространстве биологической, а не алхимической лаборатории. Об этом перевороте в науке, связанном с учреждением микробиологии и произошедшем благодаря усилиям Коха и Пастера, уже после Флека писал Брюно Латур [\[10\]](#). В случае сифилиса возбудителя болезни бактерию *Treponema pallidum* открыли в 1905 году венеролог Эрих Гоффман и протозоолог Фриц Шаудин. Микробиология имела революционный характер, потому что задала совершенно новые основания для

классификации болезней, позволив специфицировать их по принципу объективно наблюдаемых возбудителей.

Однако для диагностики сифилиса даже выявления возбудителя оказалось недостаточно, поскольку не всякий носитель болезнетворных микроорганизмов заболевает. В этом смысле решающую роль сыграла серологическая реакция, полученная исследовательской группой под руководством немецкого иммунолога Августа Вассермана в 1906 году, на основе которой позже была разработана методика диагностического тестирования сифилиса. Новая концептуализация сифилиса как болезни, вызываемой определенным микроорганизмом и новый серологический способ диагностики в конечном итоге сделали возможным и появление принципиально нового подхода к лечению: вместо малоэффективной проповеди воздержания, стигматизации и административно-карательных мер, направленных на больных, а также токсичной ртутной терапии (и более поздних вариантов препаратов на основе мышьяка и висмута), после открытия пенициллина складывается практика применения антибиотиков для целенаправленного устранения возбудителя.

Подробно разбирая историю открытия реакции Вассермана, Флек отмечает два момента, важные с точки зрения социологии медицинского знания. Во-первых, сама идея поиска именно серологического ключа могла возникнуть у Вассермана потому, что медицина с XV века повторяла гипотезу о «дурной сифилитической крови», в основе которой лежала полуимфологическая гуморальная теория Гиппократа и Галена. Испорченная кровь больного сифилисом описывалась как «обильная, густая и пенистая, зараженная ядовитым началом» [\[18; с. 37\]](#), однако это было умозрительно натуралистическое, а не эмпирически верифицируемое описание, то есть в таком виде оно совершенно не годилось для диагностических целей. Тем не менее культурная память о старой мифологеме, перекодированная в контексте позитивного биологического знания, и навела Вассермана на мысль о выявлении специфики крови больных сифилисом с помощью применения реакции связывания комплемента Борде-Жангу. Конечно, на сегодняшний день, разработаны уже другие методики тестирования сифилиса, более точные и специфицированные, чем реакция Вассермана, но в целом мы видим развитие именно серологического подхода к проблеме. Второй момент, на который обращает внимание читателя Флек, заключается в том, что разработки группы Вассермана оказались возможны, поскольку существовал прямой правительственный заказ, обеспечивший исследовательской группе организационные возможности и финансирование. А наличие заказа объяснялось повышенным вниманием общественности к сифилису как социально значимой болезни, что привело к отчаянной конкуренции немецкой и французской науки. Соответственно, делает вывод Флек, открытиями в науке (и научной медицине в том числе) движет не абстрактная любовь к чистой истине, а социальный заказ, направляющий ученых, соперничающих за престиж, в определенное предметное русло.

Подводя итоги, Флек заявляет о том, что в науке нет чистого познавательного отношения субъекта к объекту: «То, что мыслит в человеке – это не он сам, а его социальная среда» [\[18; с. 71\]](#). Любой исследователь зависит от стиля мышления своей эпохи. Стиль мышления предполагает готовность к избирательному восприятию и направленному действию. Именно стиль мышления определяет общие проблемы, которыми занимается исследовательский коллектив; общие суждения, принимаемые ученым сообществом за очевидные; набор методов, которые считаются релевантными; литературные стили, приемлемые для актуальной жанровой структуры текста. Для индивида стиль мышления является принудительным, он задает то, о чем нельзя мыслить иначе, если ученого нет

желания и готовности обнаружить себя на маргинальных позициях.

То, что медицинское знание концептуализирует и конструирует болезни в соответствии со стилем мышления своей эпохи, объясняет парадокс, известный историкам медицины: даже весьма подробные описания страданий конкретных больных, представленные в исторических источниках, могут совершенно не конвертироваться на язык современного медицинского знания, оставляя нас в полном недоумении касательно релевантного диагноза. Приведем в качестве примера следующий кейс. Продолжая и развивая подход Флека, российская исследовательница, работающая в области медицинской антропологии, Мария Пироговская анализирует дневник секунд-майора Алексея Ржевского, который тот вел с 1755 по 1759 годы, описывая некий недуг, долгое время причиняющий ему страдания [14]. Ржевский пишет о скорби, тоске и ожидании смерти по причине болезни; отмечает периоды плохого сна, «колотье в боку», лихорадки и состояния «немочи», не позволяющие ему заниматься делами и нести службу; сообщает о беседах с различными докторами; фиксирует прием настоек, пилуль и клистиров (далеко не всегда сообщая об их составе) и говорит о результатах воздействия этих снадобий; а также шокирующее подробно описывает частоту, объем, запах и цвет всех возможных физиологических выделений, включая мокроту и пот. При этом в дневнике нигде не приводится собственно диагноз: недуг так и остается безымянным, а современные эксперты могут лишь с некоторой долей уверенности предполагать, основываясь на этих описаниях, что речь идет то ли о плеврите, то ли о пневмонии, то ли о туберкулезе. Мария Пироговская этот феномен объясняет тем, что и сам Ржевский, и его врачи, в соответствии со стилем мышления своей эпохи, мыслили в категориях гуморальной теории, которая оставалась все еще популярной даже в XVIII веке. Поэтому они выстраивали наблюдение за болезнью в соответствующей логике, согласно которой нозологической определенности диагноза просто не существует, потому что баланс и дисбаланс гуморов динамичен. Главное, что требовалось – это усиливать отток избыточных жидкостей из тела с помощью тех или иных средств, поэтому дотошное отслеживание выделений имело первостепенное терапевтическое значение и Ржевский, будучи дисциплинированным больным, в своем дневнике фиксировал именно то, что концептуально было видно медицинскому взгляду того времени. Соответственно, мы можем говорить о конструировании болезни в границах различных и при этом внутренне целостных медицинских систем.

Мишель Фуко: рождение нозологического конструкта болезни в институциональном пространстве клиники

Конструктивистский подход к пониманию болезни в истории медицинского знания представлен также в книге Мишеля Фуко «Рождение клиники», которая впервые была опубликована в 1963 году [20]. Фуко имел помимо философского образования также и образование в области психиатрии, он начинал свою карьеру с преподавания клинической психологии и работы в психиатрических клиниках, что также, как и в случае Флека, позволяет говорить о практическом горизонте предлагаемой им концепции. На протяжении всего своего исследовательского пути он неоднократно возвращался к медицинской проблематике, считая медицину одной из ключевых сфер, через которые власть управляет обществом. Если Флек писал о том, как понимание болезни зависит от стиля мышления, присущего культуре, то Фуко исходил из гипотезы, что нозологический конструкт болезни формируется под влиянием определенных институтов, таких как клиника. Описывая генеалогию клиники, сложившейся как институт в XVIII веке, мы понимаем и специфику клинического взгляда врача, а стало быть, и дискурсивные правила, по которым медицина в ту эпоху начинает соотносить «слова и

вещи», то есть помещать феномен болезни в ячейки заново созданной нозологической классификации.

Хотя клиники как небольшие учреждения, призванные обеспечивать отсутствовавшее в университетах практическое обучение будущих врачей, появляются во многих странах Европы с XVII века, Фуко показывает, что события XVIII века во Франции приводят к радикальной трансформации этих учреждений и превращению их в новый институт, критически значимый для медицины и поныне. Французская революция, радикально изменив политический режим, сделала возможной и радикальную перестройку множества институтов. Новый формат отношений власти и общества предполагал взятие государством на себя ответственности за состояние здоровья и благополучие населения. И хотя многие прогрессистские проекты того времени оказались утопическими (в их числе, например, проекты по борьбе с нищетой), однако они дали импульс реформам, значимым для становления биополитического типа управления, господствующего в современности [\[21\]](#), [\[22\]](#). Госпитальная реформа во Франции, приведшая к рождению клиники, связана с именами, прежде всего, трех врачей: психиатра Филиппа Пинеля (1745-1826), мыслителя-материалиста и главного врача парижской больницы Пьера-Жана Жоржа Кабаниса (1757-1808) и Жана-Николя Корвизара (1755-1821), основоположника семиотического подхода к медицине внутренних болезней [\[4\]](#).

Итак, Фуко показывает, что по всей Франции в 1791-1792 годах целенаправленно упраздняются медицинские институции, унаследованные от Средних веков и являвшиеся основой для распространения гуморальной парадигмы медицинского знания, уже совершенно устаревшей к тому времени. Закрываются больницы, которые функционировали как места не столько лечения, сколько призрения для больных из низших слоев общества. Больницы к тому времени ассоциировались с нищетой и плохими условиями, в которых больные не выздоравливали, а лишь усугубляли свое состояние, получая новые болезни, и зачастую умирая. Такой отрицательный эффект объясняется тем, что без всякой дифференциации по полу, возрасту и заболеванию их всех размещали в общих палатах. К тому же больницы представляли собой обременительные для общества учреждения, финансирование которых было далеко не прозрачным и допускало злоупотребления. Расформировывая больницы, предполагали устраниć нищету как явление, а не поддерживать ее: больные должны лечиться дома, на попечении семьи, в «естественных условиях», не искажающих природу болезни, а государство должно заботиться о том, чтобы бедность не препятствовала гражданам в этом. Разумеется, нищету преодолеть не удалось, а больницы через несколько лет были открыты вновь, но в совершенно новом качестве и иначе организованные.

Похожая ситуация произошла и с медицинскими факультетами, а также медицинскими обществами. К факультетам претензия заключалась в том, что они оставались прибежищем средневековой книжной медицины. Распространявшееся в них знание оставалось метафизическим, спекулятивным, далеким от новых идеалов Просвещения, требовавших эмпирической научной базы и практической ориентированности. Закончивший университет будущий врач должен был еще несколько лет платить кому-то из статусных докторов за то, что тот его частным порядком приобщал к медицинской практике. Медицинская корпорация держалась за такой способ передачи практических навыков, поскольку он обеспечивал элитарность и независимость медицинской профессии от внешнего контроля. Однако при сомнительной эффективности устаревшего медицинского знания, оно к тому же еще в силу дороговизны было недоступно абсолютному большинству населения. Социальные низы обращались за помощью не к титулованным докторам, а к разного рода знахарям и шарлатанам, которые фактически

ни перед кем за свою деятельность не отвечали. Чтобы исправить ситуацию, было открыто несколько медицинских школ под контролем государства. Образование в них строилось не на умозрительной, а на эмпирической базе. Как пишет Антуан де Фуркруа, член Парижской Академии Наук в отчете Конвенту об открытии Школы здоровья в Париже, «Практика, манипулирование, будут соединены с теоретическими наставлениями. Ученики будут практиковаться в химических опытах, анатомических вскрытиях, хирургических операциях, работе с приборами, немного читать, много видеть и много делать» [\[20; с. 115\]](#). Впредь будущий врач должен был не только читать трактаты, но и постоянно обучаться непосредственно у постели больного. Но в таком случае эта самая постель должна находиться не в пространстве частного дома, а в специально организованном пространстве клиник, где можно выполнить сразу три задачи: эффективно обучить будущих врачей, получить новое знание в соответствии с актуальными стандартами науки (для эпохи Просвещения это модель экспериментального естествознания) и оказать квалифицированную помощь пациентам. Со временем было найдено и институционально оформлено разумное равновесие между свободным характером медицинской профессии и государственным контролем за качеством медицинской деятельности. «Клиника, таким образом, становится основным элементом как научной связности, так и социальной полезности и политической чистоты новой организации медицины» [\[20; с. 116\]](#).

Заметим, что организационно пространство клиник приобрело черты, близкие к чертам научных лабораторий. В этих новых клиниках появляются четкость границ, отделяющих мир науки от мира повседневности. Само пространство становится структурированным и транспарентным: вместо общих палат формируются отделения, соответствующие самым общим классификационным принципам нозологии. В отделениях внутренних, наружных и смешанных болезней открывали «тематические» палаты (горячечные, хронические, сумасшедшие; венерические, кожные и чесоточные, скрбутные, неизлечимые; для больных с ранами, с язвами и послеоперационные) [\[16; с. 30\]](#). В таком пространстве становится возможно серийное наблюдение, позволяющее собирать большой объем данных, строго регистрируя события динамики болезней, а в случае смерти пациента – результатов его вскрытия. Более того, эти условия позволяли категоризировать факты с целью создания новой нозологической классификации. В клиниках складывается практика жесткого дисциплинарного контроля и регулярность временного режима. Постепенно в практику вводится использование разнообразных приборов, способствующих объективности обследования: стетоскоп, термометр, а к концу XIX-началу XX века манометр, цистоскоп, гастроскоп, ларингоскоп. В это же время появляются в клиниках и собственно лаборатории, позволяющие проводить анализ крови, мочи, мокроты и др. [\[16; с. 50\]](#).

Подчиняясь топологии клиники, и пациенты, и врачи говорят, мыслят и действуют определенным образом, что и задает новый на тот момент способ научного понимания болезней. Впрочем, важное отличие все же есть – клиническое знание представляет собой знание об индивидуальном, в то время как доказательное знание еще с аристотелевских времен всегда должно было быть построено как знание об общем. Классический эксперимент в рамках физики Ньютона и Галилея должен иметь дело с типичным объектом, материальным телом как таковым, почему и получающееся знание способно сообщать истину о законах природы. Тело больного в клинике, конечно, тоже должно рассматриваться как презентирующее болезнь, однако для успешности лечения невозможно игнорировать то обстоятельство, что каждый раз врач имеет дело со «случаем». Фуко пишет: «Нет иной болезни, кроме индивидуальной: не потому, что

индивидуид реагирует на свою собственную болезнь, но потому, что действие болезни по полному праву разворачивается в форме индивидуальности [\[20; с. 256\]](#).

Пространство клиники стало не просто исследовательским, но и экспериментальным, опять же в полном соответствии с новым духом науки, новым стилем мышления, о чём пишут российские историки медицины А.М. Сточик, С.Н. Затравкин, [\[17\]](#) В.И. Бородулин [\[11\]](#). В клинике не только аккумулировался и упорядочивался медицинский опыт, но и стал возможен поиск новых методов диагностики и лечения. Однако возникла и новая проблема этического характера. Больные, попадающие в клинику, в некоторой степени лишились приватности, становясь объектами наблюдения и экспериментирования. Поскольку по-прежнему это в основном были представители бедных сословий, после Революции во Франции такое проявление неравенства вызывало у общества вопросы. Найденное дискурсивное обоснование справедливости такого положения дел остается актуальным вплоть до современных практик клинических испытаний. На безвозмездных основаниях бедные получают квалифицированную медицинскую помощь, которую они сами себе никогда не могли бы обеспечить, но при этом они предоставляют себя в качестве объекта исследования и обучения и тем самым выполняют свой общественный и гражданский долг.

Каковы характеристики клинического взгляда, формирующегося в этом пространстве? Прежде всего, это материалистический взгляд, внедрению которого в новые медицинские институции поспособствовал Пьер Жан Жорж Кабанис, который был не только врачом, но и философом, а также политическим деятелем, проводившим госпитальную реформу [\[16; с. 25\]](#). В соответствии с принципами научной рациональности периода Нового времени, опирающейся на философию Рене Декарта, и ставшей господствовавшим в терминологии Флека стилем мышления этой эпохи, материя есть протяженная субстанция, соответственно, тело больного рассматривается не как страждущая плоть, а как протяженный материальный объект, в котором сущность каждой болезни становится объяснима через ее пространственную локализацию, – сначала в органах, потом и на более тонком уровне – в тканях и клетках. Тело, концептуализируемое как организм, постепенно лишается спиритуального измерения, хотя надо заметить, что спиритуализм еще в некоторой мере сопротивляется, проявляясь в концепции витальных жизненных сил, которую разделял, например, Биша [\[17; с. 107\]](#). Но все же в тенденции медицины начинает описывать все процессы в организме на языке естественных наук (биологии, химии, физики). Подход, который вслед за основателем патологической анатомии Джованни Морганти, развивали Жан Никола Корвизар и Мари Франсуа Ксавье Биша, заключался в том, что совершенно не существует болезней без их локализации в органах и тканях. Местоположение – «очаг», – это точка «крепления» к организму причинно-следственной цепи болезни, с ним и надлежит прежде всего работать [\[20; с. 284\]](#).

Поскольку механистический материализм как стиль мышления предполагает, что для познания сложное тело необходимо буквально разобрать на составляющие его части, анатомирование окончательно закрепляется в качестве базовой практики формирования клинического взгляда. В клиниках отводится специальное пространство для проведения аутопсии, благодаря чему сокращается до минимума временной разрыв между смертью и вскрытием, и поэтому мертвое тело пациента оказывается способно сообщить истину о работе болезни, не пряча ее за работой разложения [\[20; с. 216\]](#). Методологическое и эмпирическое обоснование этого подхода является заслугой, прежде всего, Биша. Корвизар, Биша и Лэннек увязывали данные вскрытий с изменениями, наблюдавшимися

в клинике при жизни больного, и этот клинико-анатомический подход позволил точно и доказательно распознавать болезни. Наблюдаемые и фиксируемые у пациентов симптомы теперь соотносятся не с идеей баланса гуморов, а с эмпирически фиксируемым изменением органов и тканей. Более того, клинический взгляд, при анатомировании с очевидностью различая легкие, пораженные туберкулезом и легкие при пневмонии, затем научается диагностировать соответствующие поражения по косвенным признакам, исследуя живое тело больного, «глубина» которого останется недоступной для непосредственного созерцания вплоть до изобретения рентгенодиагностики. Специфические поражения органов врачи учатся выслушивать с помощью перкуссии и аусcultации. Так, легкие с туберкулами при прослушивании «звучат» определенным образом, и для более внятного распознавания специфических для этой и других патологий звуков Рене Лаэннек изобретает в 1816 году стетоскоп. То есть, как отмечает Фуко, клинический взгляд – это взгляд, который не только видит, но и осязает, и слышит («стетоскоп» буквально – «осматриватель груди»), и при этом с помощью прибора устанавливается дистанция между субъектом и объектом знания («стетоскоп – застывшая дистанция») [\[20; с. 248\]](#). Это важно не только с точки зрения обеспечения целомудрия и гигиены, поскольку освобождает врача от необходимости прикладывать ухо непосредственно к груди пациента, но также и с точки зрения достижимой объективности медицинского знания.

В итоге пространство клиники меняет принцип нозологической классификации. Первым классификацию болезней еще в доклиническую эпоху предложил английский врач Томас Сидденгам (1624–1689). Задача классификации – упорядочить многообразные данные наблюдения, отталкиваясь от внешних сходств и различий объектов и выстроив их в некую систему. Сидденгам дотошно описывал симптомы и группировал их в соответствии с эмпирически наблюданной повторяемостью, поскольку хотел точно и достоверно разграничить болезненные формы для того, чтобы найти научные основания для специфических способов терапии [\[15; с. 52\]](#). Сидденгам описал и выделил в своей классификации такие болезни как скарлатина, хорея, подагра, коклюш, корь, натуральная оспа, малярия и истерия. Следующую нозологическую классификацию предложил Франсуа Августин Босье де Лакруа, более известный как де Соваж (1706–1767), который был лично знаком с Карлом фон Линнеем (1707–1778) и надеялся на то, что благодаря классификационному типу знания медицина, подобно биологии, сможет обосновать свой статус эмпирической, а не натуралистической науки. Однако линнеевский тип классификационной таблицы оказался не особенно удобен для систематизации болезней, поскольку он дает только синхронический срез, в то время как для понимания болезни важна ее история (собственно, уже Сидденгам признавал, что болезнь есть прежде всего процесс). Более того, классификация растений или животных не предполагает, что одни виды могут «наслаждаться» на другие, и соответственно, порядку ячеек в таблице ничего не угрожает. Нозология же приходится иметь дело с подобными феноменами пересечений и наслаждений. Клиническо-анатомическая практика привела к пересмотру нозологической классификации де Соважа, в качестве новых классификационных принципов выдвинув, с одной стороны, локализацию в органах и тканях, а с другой стороны, типы патологических процессов (воспаление, опухоли, нарушение целостности и т.п.).

В 1798 году Филипп Пинель опубликовал свой труд «Философская нозография или метод анализа в применении к медицине», основанный на клинико-анатомическом подходе Морганьи. Пинель сначала «разложил» сложные симптоматические комплексы всех болезней на отдельные симптомы, каждый из которых постарался связать с соответствующим органическим повреждением, которое следовало трактовать как его

непосредственную причину. Далее он вновь объединил симптомы в нозологические формы болезней и классифицировал их согласно принципу единства локализации морфологических повреждений [\[15; с. 54\]](#). Пинель ввел в нозографию большую группу органических болезней, отделив от них болезни нервов и летучие лихорадки как болезни без явных органических повреждений. Но в целом предложенная им классификация носила скорее переходный характер и многократно пересматривалась, в том числе и в контексте оспаривания неорганического характера психических заболеваний. Клинико-анатомический подход к нозологической классификации был развит благодаря открытиям Биша, который доказал, что органы состоят из нескольких простых типов тканей, имеющих определенную структуру и свойство, а болезнь поражает не орган целиком, а некоторые ткани органа. Это открытие позволило объяснить, почему различная клиническая симптоматика может наблюдаться при поражении одного и того же органа, но также возможны и сходные клинические проявления в случаях локализации морфологических изменений в разных органах и частях тела. При этом Биша не преувеличивал значения классификаций, считая, что никакая из них не даст нам точной таблицы развития природы [\[20; с. 266\]](#).

Международная классификация болезней: нозологические классификации и системы ценностей

Классификации, разработанные в контексте госпитальной реформы и основанные на тех знаниях и принципах, которые давал клинико-анатомический подход, носили эпистемологический характер, то есть служили предметом научных дискуссий, упорядочивали знания о природе болезней. Конечно, они были плотно связаны и собственно с медицинской практикой, однако они не имели регламентирующего характера в международном масштабе. Этот статус появился только у системы Международной классификации болезней, цели которой связаны, с одной стороны, со сбором статистики, а с другой стороны, с регламентацией медицинской помощи, в массовом порядке оказываемой населению. Обе эти цели возникли в контексте биополитического управления, которое складывается к концу XIX века и представляет собой господствующую парадигму власти в современности [\[21\]](#),[\[22\]](#).

Первый Международный статистический конгресс (Брюссель, 1853) инициировал подготовку единой классификации причин смерти, которая могла бы быть применима на международном уровне, и соответственно позволяла бы в перспективе корректным образом собирать статистические данные в планетарном масштабе. Статистик Уильям Фарр предложил систему из пяти основных рубрик классификации: эпидемические болезни, органические (системные) болезни, болезни, подразделяющиеся по анатомической локализации, болезни развития и болезни, являющиеся прямым следствием насилия. Эта классификация обсуждалась и пересматривалась Конгрессом на различных сессиях в течение нескольких лет. Далее комитет под руководством начальника статистической службы Парижа Жака Бертильона подготовил свою версию классификации причин смерти по заказу Международного статистического института. В этой классификации учитывались как предложения Фарра, так и собственная французская классификационная система, опирающаяся на рассмотренный нами клинико-анатомический подход. Классификация Бертильона была принята Международным статистическим институтом в Чикаго в 1893 году и стала применяться как в Америке, так и в Европе, пересматриваясь примерно раз в 10 лет, чтобы отражать новые научные данные. В 1948 году в рамках ООН была учреждена Всемирная организация здравоохранения (World Health Organization) и соответственно обновление

классификационной системы стало задачей именно этого международного института. В 1948 году во время утверждения 6-го пересмотра классификации характерным образом поменялись и ее название и наполнение: стали учитываться не только болезни, приводящие к летальному эффекту, но и все болезни вообще. Соответственно, новым названием документа было «Международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти». Еще раз название было изменено в 1989 году, когда принималась версия МКБ-10: «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем» [\[25\]](#). В этих изменениях заметна биополитическая логика, согласно которой управление сосредотачивается на обеспечении жизни и многообразных аспектах здоровья населения, статистика же смертности безусловно учитывается, но не она выходит на первый план. На официальном сайте Всемирной организации здравоохранения подчеркивается важность регламентирующей функции системы МКБ [\[5\]](#). Статистика здравоохранения наиболее точно позволяет судить об уровне благополучия населения той или иной страны. Более того, «статистические данные о здоровье служат основой для почти каждого решения, которое принимается сегодня в области здравоохранения: знание о том, что служит причиной болезней и что в конечном итоге убивает людей, играет основополагающую роль в картировании тенденций заболеваемости и эпидемий и принятии решений о планировании медицинского обслуживания, об ассигновании средств на оказание медицинской помощи и об инвестициях в исследования и разработки.» [\[12\]](#) МКБ становится не только полем сотрудничества между странами, но и полем конкуренции за статус и влияние, что усиливает значимость и самой ВОЗ. В этом контексте ожидаемо, что работа, связанная с постоянным пересмотром классификации, ориентирована не только на прогресс научного знания в области медицины, но и на многочисленные социокультурные и даже идеологические аспекты. И Флек, и Фуко показывают нам, что наука не может выйти за пределы социального поля с присущей ему проблемой ангажированности и процессы, происходящие вокруг перехода от МКБ-10 к МКБ-11 являются прямым тому подтверждением. ВОЗ опубликовала МКБ-11 в 2018 году, через 18 лет после публикации МКБ-10, переход начался в 2022 году, переходный период планируется до 2027 года. Российская Федерация согласно распоряжению правительства РФ №2900-р начала внедрять МКБ-11, однако в 2024 году приостановила этот процесс на неопределенный срок. Министерство Здравоохранения РФ сослалось на обращения граждан и организаций о том, что МКБ-11 противоречит традиционным ценностям [\[6\]](#). Казалось бы, нозологическая классификация должна опираться на позитивное научное знание и в силу его объективности и ценностной нейтральности науки (одного из критериев научности) не может иметь к ценностному горизонту никакого отношения. Однако это не так. Разработчики МКБ-11, существенно пересматривая раздел, посвященный психическим болезням, а также раздел, связанный с сексуальным здоровьем, ориентировались не только на научные данные, но и на ценности инклюзивности и дестигматизации [\[12\]](#), востребованные в горизонте либеральных идей, но вызвавшие сопротивление там, где взят тренд, прежде всего, на сохранение традиционных представлений о норме, структуре идентичности и морально-правовых регулятивах, и соответствующие подходы в биополитическом управлении. Предложенный Людвигом Флеком и Мишелем Фуко конструктивистский подход к медицинскому знанию, к тому, как конструируется под влиянием социальных институтов представление о болезни, позволяет понять логику этого конфликта, затрагивающего не только институты, но и жизни людей.

Библиография

1. Бородулин В.И. К проблеме научных революций в медицине XVII-XIX веков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017. № 1. С. 109-113.
2. Визгин В.П. Границы Новоевропейской науки: модерн / постмодерн // Границы науки. М.: ИФ РАН, 2000. С. 192-227.
3. Дюгем П. Физическая теория, её цель и строение / Пер. с фр. Предисл. Э. Маха. СПб., 1910. (Репринт: М.: КомКнига, 2007. 328 с.).
4. Заблудовский П. Е. Медицина и врачи в эпоху Великой французской революции // Советское здравоохранение. 1989. № 7. С. 56-59.
5. Информационный бюллетень Международной классификации болезней (МКБ) / Всемирная организация здравоохранения. URL: <http://who-fic.ru/icd/factsheet/> (дата обращения 04.09.2024).
6. Кабмин приостановил внедрение МКБ-11 из-за противоречия традиционным ценностям // Ведомости. 02 февраля 2024. URL: <https://www.vedomosti.ru/society/news/2024/02/02/1018243-minzdrav-priostanovil-mkb-11> (дата обращения 10.09.2024).
7. Карнап Р. О протокольных предложениях // Эпистемология и философия науки. 2005. Т. VII. № 1. С. 219-231.
8. Коляденко В. Г., Степаненко В. И. Сифилис. История происхождения и распространения в Европе и Российской империи. Заболеваемость и борьба с сифилисом в Советском Союзе и Украине // Искусство Лечения. Мистецтво лікування. Киев, 2004. № 6. URL: <https://web.archive.org/web/20220419114953/https://m-l.com.ua/-aid=280> (дата обращения 12.04.2024).
9. Кун Т. Структура научных революций. М.: АСТ, 2002. 608 с.
10. Латур Б. Дайте мне лабораторию и я переверну мир // Логос. 2002. № 5-6 (35). С. 211-242.
11. Латур Б. Наука в действии: следя за учеными и инженерами внутри общества. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2013. 414 с.
12. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Кодирование заболеваемости и смертности / Всемирная организация здравоохранения. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/spotlight/international-classification-of-diseases> (дата обращения 04.09.2024).
13. Нейрат О. Протокольные предложения // Эпистемология и философия науки. 2005. Т. VI. № 4. С. 226-234; EDN: NCOGBX.
14. Пироговская М. Дневник больного середины XVIII в.: Взгляд из России // Заботы и дни секунд-майора Алексея Ржевского. Записная книжка 1755-1759 гг. М.: Высшая школа экономики, 2019. С. 51-86. EDN: OQQMAF.
15. Сточик А. М., Затравкин С. Н. Практическая медицина и ее реформирование в XVII-XIX веках. Сообщение 1. Классификационная медицина. Возникновение клинической идеи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. № 1. С. 51-55. EDN: RBQLGX.
16. Сточик А.М., Затравкин С.Н. Реформирование практической медицины в процессе научных революций 17-19 веков. М.: Шико, 2012. 128 с. EDN: QMBZKP.
17. Сточик А.М., Затравкин С.Н. Формирование естественнонаучных основ медицины в процессе научных революций 17-19 веков. М.: Шико, 2011. 144 с. EDN: QMBZLJ.
18. Флек Л. Возникновение и развитие научного факта: Введение в теорию стиля мышления и мыслительного коллектива. М.: Идея-Пресс, Дом интеллектуальной книги, 1999. 220 с.
19. Фракасторо Дж. О сифилисе / Пер. с лат. В. О. Горенштейна; Примеч. К. Р. Аствацатурова, П. Е. Заблудовского, В. П. Зубова. М.: Медгиз, 1956.

20. Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998. 310 с.
21. Фуко М. Безопасность, территория, население. Курс лекций, прочитанных в Колледже де Франс в 1977–1978 уч. году / Пер. с фр. Ю. Ю. Быстрова, Н. В. Суслова, А. В. Шестакова. СПб.: Наука, 2011. 274 с. EDN: QXBZNV.
22. Фуко М. Рождение биополитики. Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1978–1979 уч. году / Пер. с фр. А. В. Дьяков. СПб.: Наука, 2010. 448 с.
23. Черняк В.С. Дюэм // Новая философская энциклопедия. Электронная библиотека ИФ РАН. URL: <https://iphlib.ru/library/collection/newphilenc/document/HASH915aba5f4715ea41784291> (дата обращения 12.04.2024).
24. Чумаков Е.М., Петрова Н.Н., Смирнова И.О. Эволюция взглядов на психические расстройства у больных сифилисом // Клиническая дерматология и венерология. 2019. Т. 18. № 1. С. 71-77. DOI: 10.17116/klinderma20191801171. EDN: ZDDFTV.
25. Щепин В.О., Проклова Т.Н., Тельнова Е.А. К вопросу о развитии международной классификации болезней // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018. № 26(1). С. 10-12. DOI: 10.18821/0869-866X-2018-26-1-10-12. EDN: XRVHNZ.
26. Címbora G. Ludwik Fleck: Philosopher of Scientific Practice // Journal for General Philosophy of Science. 2025. URL: <https://doi.org/10.1007/s10838-024-09713-5>.
27. Sciortino, L. The Emergence of Objectivity: Fleck, Foucault, Kuhn and Hacking // Studies in History and Philosophy of Science. 2021. 88: 128-137. URL: <https://doi.org/10.1016/j.shpsa.2021.06.005>.

Результаты процедуры рецензирования статьи

Рецензия скрыта по просьбе автора