

## ИНТЕГРАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СИСТЕМ: УРОКИ СТЭНФОРДСКОЙ ШКОЛЫ ФИЛОСОФИИ НАУКИ \*

© 2019 Сергей Юрьевич ШЕВЧЕНКО

МАиБ 2019 – № 2 (18)

DOI: <https://doi.org/10.33876/2224-9680/2019-2-18/01>

### Ссылка при цитировании:

Шевченко С.Ю. (2019) Интеграция медицинских систем: уроки Стэнфордской школы философии науки. *Медицинская антропология и биоэтика*, 2(18).

---



### **Сергей Юрьевич Шевченко –**

кандидат философских наук,  
научный сотрудник  
сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики  
Института философии РАН;

преподаватель кафедры биоэтики  
Российского национального  
исследовательского медицинского  
университета имени Н.И. Пирогова  
(Москва)

<https://orcid.org/0000-0002-7935-3444>

**E-mail:** [simurg87@list.ru](mailto:simurg87@list.ru)

---

**Ключевые слова:** интеграция, медицинские системы, номологические машины, трансдисциплинарность, трансакадемизм, трансинституциональность

**Аннотация:** В статье обозначены философские и теоретико-методологические вопросы, связанные с интеграцией медицинских систем. Они рассматриваются с ориентиром на достижения представителей Стэнфордской школы философии науки. Применяя оптику этого направления, автор приходит к выводу о том, что основным полем интеграции медицинских систем могут служить не сферы признанного и устоявшегося медицинского знания, а его проблемные точки. Возможность интеграции медицинских систем рассматривается через три измерения: трансдисциплинарность, трансакадемизм и трансинституциональность.

---

\*Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ № 17-01-00434-ОГН-А

---

## Введение

Проблема демаркации научного и ненаучного знания выглядит сегодня философским анахронизмом. Претендующие на универсальность критерии научности, предложенные в рамках «третьего позитивизма» в первой половине XX века, подверглись массовой критике в эпоху постпозитивизма (1960-1980-е годы, наиболее известны работы Томаса Куна (2009) и Пола Фейерабенда (2007)). Сегодня доминирующие способы отличать научное от ненаучного находятся в плоскости социальных исследований. Наиболее радикальная релятивизация научного знания и отказ от категорий объективности произошел в рамках *социальных исследований науки и технологии* (STS). Представители этого направления зачастую рассматривают науку как совокупность социальных практик, ничем принципиально не отличающихся от любых других. Иными словами, релятивизируется понятие научного, а интеграция разных систем знаний и практик видится исключительно как объект дескрипции. Известная STS-исследовательница медицины Аннмари Мол, описывая формы координации разных практик диагностики атеросклероза (УЗИ, рентгенографии, сбора пациентского анамнеза и т.д.), отмечает, что эти формы имели место в конкретной нидерландской клинике в конкретное время (Mol 2003). Они могут серьезно отличаться в других больницах, поэтому из ее дескрипции, ставшей результатом кропотливой полевой работы, нельзя сделать никаких выводов ни о возможных путях такой интеграции в других условиях, ни даже о ее необходимости в лечебном процессе или пользе для пациентов.

С другой стороны, интеграция медицинских систем не может быть сведена к проблематике междисциплинарного взаимодействия. Та или иная медицинская система не может быть представлена как типичный случай отдельной научной дисциплины. С одной стороны, медицинские системы имеют один и тот же объект познания (здоровье человека), с другой — различия в методах познания и способах воздействия на этот объект чрезвычайно глубоки и часто оказываются взаимоисключающими. Как мы покажем ниже, медицинские системы могут обладать большим потенциалом интеграции не как научные дисциплины, но как образовательные программы и как институциональные практики.

Именно эта ситуация и приводит к актуализации в общественных дискуссиях проблемы демаркации научных и ненаучных знаний и практик. Схожую ситуацию можно наблюдать в случае философии религии и теологии, вошедшей недавно в список дисциплин, по которым могут быть получены признаваемые на федеральном уровне ученые степени. Объекты познания этих дисциплин во многом пересекаются: и философия религии, и теология могут заниматься отдельным религиозным учением, упорядочивая его содержание. В то же время данные дисциплины по-разному подходят к рационализации этого содержания — обладают разными методами и эпистемологическими ориентирами. В связи с этим часть научного сообщества настаивала на ненаучности одной из дисциплин — теологии. Подобные дискуссии о демаркации ведутся и относительно

различных подходов комплементарной и альтернативной медицины. В то же время пациенты зачастую склонны обращаться к разным медицинским системам, поэтому местом их взаимодействия в любом случае оказывается их «жизненный мир». С этой точки зрения упорядочивание методологических и эпистемических отношений между ними выглядит важной задачей. Подобное упорядочивание может иметь характер аналитически конструируемого проекта, что дает возможность его обсуждения в разных контекстах интеграции. Такой проект может служить важным дополнением к комплексу эмпирических исследований, демонстрирующих успехи и проблемы интеграции.

### **Почему Стэнфордская школа?**

Удачной исходной точкой работы по прояснению методологических и эпистемологических отношений медицинских систем видятся работы так называемой «Стэнфордской школы философии науки». Во-первых, взгляды, развиваемые основными представителями этой школы – Джоном Дюпре, Питером Галисоном, Нэнси Картрайт, Яном Хакингом, Патриком Суппесом – пользуются значительным влиянием в академической среде и находят применение в решении актуальных методологических вопросов. В качестве примера можно привести работы, посвященные способам исследования и «измерения» человеческого благополучия, опубликованные ученицей Н. Картрайт, британским философом Анной Александровой (Alexandrova 2017). Во-вторых, исследование разнообразия научных подходов и практик как раз и является тем, что объединяет перечисленных философов в школу. Сегодня большинство из них работает в других университетах, а их взгляды на развитие науки серьезно отличаются, как и сферы их научных интересов. Например, П. Суппес считает себя продолжателем аналитических традиций в философии, акцентируя влияние на свои взгляды логического позитивиста Эрнста Нагеля. Однако он, как и другие названные выше ученые, кроме Я. Хакинга, в 2013 году участвовал в конференции, проходившей под лейблом «Стэнфордская школа». Само это название стало популярным именно после конференции.

Несмотря на то, что представители школы не предложили единой программы исследований, они оказывали влияние на взгляды друг друга. Участники школы спорили с методологическим универсализмом и унификацией критериев научности, оставаясь, вместе с тем, сторонниками умеренного реализма: то есть они были согласны в том, что, несмотря на множество возможных интерпретаций конкретного «положения вещей», эти интерпретации не могут осуществляться абсолютно произвольно, быть продуктом ничем не ограниченного конструирования. В целом эта позиция может быть описана через три тезиса направленных соответственно против эссенциализма, редукционизма и эпистемологического монизма (Cat 2017).

Эссенциализм отрицается через неприятие любых попыток выстроить единую классификацию объектов реальности – фактически представители школы занимают одну из позиций в возрожденном философском споре об универсалиях, критикуя любые теории, отталкивающиеся от существования естественных ти-

пов (natural kinds). Для нашего исследования медицинских систем это означает отрицание представления о болезнях как о сугубо природных реалиях, классификация которых лишь отражает естественный порядок вещей и должна быть очищена от любых культурных влияний. Редукционизм отвергается, благодаря отрицанию «каузальной замкнутости» любых систем – поведение системы не сводимо к описанию ее элементарных составляющих и не может быть выведено из такового. В рамках медицины это положение может быть истолковано, например, как неполнота любого молекулярно-биологического описания патологии. Наконец, отрицание эпистемологического монизма означает, что научность или применимость конкретного массива знания не может быть установлена через применение к нему раз и навсегда установленного списка признаков. Для нашего исследования это означает, что даже самые общие критерии, разработанные, например, для различения научных и ненаучных объяснений в физике, не могут быть источником аргументов при обсуждении актуальности, адекватности, применимости медицинского знания. Этот тезис против универсализма является для нашего рассмотрения ключевым: наиболее отчетливо он обоснован в аргументах против «научного империализма».

### **Против «научного империализма»**

Еще в 1994 году один из ключевых представителей Стэнфордской школы Джон Дюпре предложил термин «научный империализм» как важное дополнение к критике редукционизма, предпринятой его коллегами. Редукционизм, по Дюпре, может быть описан как «вертикальное» подчинение дисциплин: например, биологические феномены объясняются через «лежащие ниже» химические взаимодействия. Происходит «экспансия» органической химии, которая занимает ранее не принадлежавшее ей проблемное поле. «Империализм» же представляет собой «горизонтальное» явление (Dupre 1995: 374–381). Например, экономические подходы усваиваются социологами, но границы дисциплин при этом не меняются: работы социологов продолжают публиковаться в контролируемых ими профессиональных журналах. При этом методология другой дисциплины может быть усвоена добровольно – разработанный терминологический и инструментальный аппарат может оказаться желанным предметом импорта. Представители следующего за Дюпре поколения философов науки обратили внимание на эту проблему. Они пришли к заключению, что термин «научный империализм» не может быть использован для описания положения дел в науке, поскольку предполагает оценку эволюции методов конкретной дисциплины как неестественную, происходящую под внешним давлением (Walsh 2018: 13–30.). Однако, мы можем зафиксировать само это давление со стороны дисциплин, тяготеющих к империалистскому захвату других областей науки. Оно зачастую выражается в отказе признать подчиняемую область знаний и практик полноценной сферой научного знания.

Медицинские системы, отличающиеся от конвенциональной медицины, могут находиться как под редукционистским давлением, так и под давлением «мето-

дологического империализма». Первое может наблюдаться в попытке свести неконвенциональные практики работы с болью к различию в изображениях на функциональном МРТ или в попытках дать исчерпывающее молекулярно-биологическое описание происходящих на феноменальном уровне процессов. Например, депрессия, хронически сниженное настроение, может считаться ничем иным как особой конфигурацией активности зон мозга или нехваткой серотонина и адреналина в синаптических щелях между нервными клетками. Экспансия со стороны нейронаук или молекулярной биологии предполагает, что только эти инструментально фиксируемые феномены заслуживают изучения, результаты которого имеют исключительное право на звание научных фактов. Конвенциональная медицина также подвергается экспансионистскому воздействию со стороны этих дисциплин, вместе с тем стремясь осуществить империалистское давление на иные медицинские системы – скажем, через попытку воспроизвести в их рамках статистический аппарат доказательной медицины.

Экономист и философ науки Стивен Зилиак известен как наиболее яркий критик распространения статистических методов за пределы областей, для которых они разрабатывались. По его мнению, рандомизированные исследования не всегда могут считаться «золотым стандартом». Например, одно из таких исследований предполагало случайное разделение китайских школьников со слабым зрением на экспериментальную группу, членам которой подбирались очки, и контрольную, членам которой приходилось учиться без очков. В результате было доказано, что ношение очков позитивно сказывается на академических успехах учеников со слабым зрением. С. Зилиак считает этот эксперимент неэтичным, поскольку он задуман так, что его участники не могут получить максимально возможной пользы. Однако, отмечает автор, рандомизированные исследования зачастую направлены только на установление факта связи между двумя факторами (ношением очков при слабом зрении и оценками в школе), а не на измерении силы этой связи. С. Зилиак свидетельствует, что сила эффекта была предметом изучения только в 1% рандомизированных исследований, результаты которых были опубликованы во влиятельном *Медицинском журнале Новой Англии* в 2000–2002 годах (Ziliak 2014). Проблема отчасти заключается в том, что, давая ответ на вопрос о существовании воздействия, такие рандомизированные исследования могут породить иллюзию выполненной научной задачи по измерению этого воздействия.

В этом отношении показательна сама история появления рандомизированных экспериментов. Во время чаепития британский биолог Рональд Фишер поспорил с представительницей британской аристократии о том, имеет ли значение, как приготовлен чай с молоком. Леди утверждала, что по вкусу готового напитка способна будет отличить, добавлен ли чай в молоко (она это считала правильным) или наоборот – молоко в чай. Фишер приготовил по четыре чашки каждым из методов и вычислил вероятность того, что, не обладая способностью различить чай по вкусу, леди укажет на все четыре «правильно» приготовленные чашки (вероятность составляла 1/70) (Fisher 1971). Эксперимент ставил во-

прос о существовании эффекта (способа приготовления чая на его вкус), а не о его силе (насколько хуже «неправильно» приготовленный чай). С. Зилиак называет такую постановку исследовательского вопроса метафизической, считая проблему существования некоторого эффекта или объекта не имеющей отношения к сфере экспериментальной науки. В этом с ним можно не согласиться: хотя существование объекта или его свойств должно быть уже признано перед началом его или их измерения, но такое признание необходимо для формулировки научной проблемы и разработки дизайна эксперимента.

### Реализм свойств, но не законов

Различение форм и этапов исследовательских практик – центральная идея философа Стэнфордской школы Нэнси Картрайт. Согласно ее концепции, вопрос о существовании некоторых эффектов – способностей объектов изменять окружающий мир (*saracities*) – не менее важен для науки, чем формулировка количественных законов. Реальны именно эти способности, а не законы природы, для проявления (реализации) которых должно быть соблюдено множество условий внешнего мира. Аспирин обладает способностью облегчать головную боль, но только при определенной ее силе и этиологии. Кроме того, он может быть использован, если у пациента отсутствуют противопоказания к его приему. Для того, чтобы показать, что у аспирина есть эта способность (*saracity*) достаточно одного хорошо поставленного эксперимента. Подобным образом эксперимент Р. Фишера продемонстрировал, что у добавленного в молоко чая есть реальные свойства, отличающие его от чая, приготовленного иным способом.

Существование подобных свойств еще не позволяет сформулировать закон природы или, в случае медицины, подготовить клинические рекомендации. Для того, чтобы свойства объектов регулярно проявлялись, конструируется, по выражению Н. Картрайт, *номологическая машина* – особая конфигурация лабораторного эксперимента (или модели), позволяющего измерять силу проявления указанных свойств (Cartwright 1994). Эти *машины* имеют дисциплинарную принадлежность: сила эффекта аспирина может быть биохимически представлена как стабильность химической связи молекулы препарата с молекулой-мишенью. В нейронауках она может соответствовать масштабу изменений на функциональной МРТ после приема лекарства. В рамках клинического исследования она может быть представлена как различие пациентских оценок собственного состояния по одной из шкал остроты болевых ощущений. При этом задача собственно дисциплинарной науки состоит в том, чтобы разработать группу *номологических машин*, благодаря которым интересующее свойство объекта проявляется наиболее стабильно.

Впрочем, ни один из вариантов сборки этих *машин* не может быть признан универсальным, то есть таким, который только благодаря своей структуре заслуживает воспроизводства при измерении свойств другого объекта. Не

обладает таким привилегированным статусом и рандомизация сама по себе. Возвращаемся к описанному С. Зилиаком эксперименту с очками: в данном случае рандомизация демонстрирует и без того известное свойство правильно подобранных очков – увеличивать количество визуально воспринимаемой информации. Гораздо интереснее было бы проверить, насколько важна эта информация для успехов в учебе и последующей жизни или – насколько важно обеспечить очками всех школьников, испытывающих проблемы со зрением. Для этого можно было предоставить правильно подобранные очки всем испытуемым, а затем проследить за изменением их успеваемости. Если такое наблюдательное исследование не даст результатов, можно вернуться к этапу сборки новой *номологической машины*. Возможно, накопившееся отставание в учебе не позволило школьникам продемонстрировать улучшение успеваемости за период наблюдения. В новом исследовании стоит постараться нивелировать эффект, препятствующий проявлению способности (*capacity*) очков улучшать зрение.

Для интеграции медицинских систем важно, что рассуждение в рамках свойств и способностей позволяет закрепить три существенных основания ее процессов: 1) сохранить важные для эмпирических исследований представления о реальности измеряемых эффектов (*capacities*) при понимании разнообразия способов их измерения (*номологических машин*); 2) сохранить внимание к эффектам, которые не проявляются стабильно в рамках существующих *номологических машин*, но были проявлены хотя бы однажды; 3) мыслить в концептуальной схеме ситуаций, в которых исследуемое свойство было проявлено. Результаты такого мышления гораздо проще выразить на естественном языке, чем на языке законов природы. А кроме того, рассказ о ситуации представляет гораздо большие возможности для коммуникации по поводу непосредственно переживаемого жизненного мира, что особенно важно для практик врачевания.

*Если медицинские системы не сходятся в способах конструирования научных фактов, законов природы, можно представить, что интеграция осуществима на более фундаментальном уровне свойств и способностей объектов.* При этом достаточно признания значимости эффектов, производимых этими объектами, а не реальности самих объектов.

Приведем пример. Субъективно фиксируемый обезболивающий эффект медитации не может быть измерен, как и эффект аспирина. В случае медикаментозного лечения эффект плацебо присутствует у всех групп пациентов, независимо от того, получают они препарат или пустышку. Если в случае с медитацией мы наберем в контрольную группу тех, кто не верит в воздействие этой практики на остроту боли, мы не просто вычтем «плацебо эффект». Вполне возможно, что неверие в эффективность обезболивания может полностью блокировать проявления способности снимать боль, имеющуюся у конкретного объекта или практики. Способы, которыми мы решаем вопрос о существовании эффекта также не универсальны, что не отменя-

ет реальность самих эффектов. Ответы медитирующих и принимающих аспиринов на вопросы опросника о тяжести болевого синдрома обладают одинаковой степенью достоверности.

### **Заключение: интеграция как трансдукция**

Основным полем интеграции медицинских систем могут служить не сферы хорошо обоснованного знания, но проблемные точки медицинского знания, а главное – медицинских практик. Для такого взаимодействия нет необходимости устанавливать исчерпывающую систему переводов между биомедицинскими фактами и фактами комплементарной медицины, достаточно признать реальность эффектов, значимых для жизненного мира пациентов – например, снижение интенсивности боли. В этом смысле такая интеграция будет не только путем к трансдисциплинарности, но и путем, в первую очередь, к трансакадемизму и трансинституциональности.

Эти три измерения интеграции предложены российским специалистом по биоэтике и философии медицины П.Д. Тищенко. В разных комбинациях, по его мнению, они способны формировать единое русло деятельности, «осуществлять трансдукцию» (Тищенко 2015: 469–483).

Трансдисциплинарность в случае медицинских систем может быть осуществлена в наиболее «слабом» варианте. Исследовательские практики разных медицинских систем могут остановиться на признании реальности эффектов, свойств объектов изучения друг друга, но не самих объектов. Влияние медитации на болевой синдром может стать предметом биомедицинских наук – при понимании, что этот предмет не может быть исчерпан методами данных наук. И, кроме того, для воспроизводства такого эффекта может быть недостаточно работы *номологических машин* конвенциональной медицины. Тем не менее, они способны внести вклад в его воспроизводство, например, предсказывая по функциональным МРТ наилучшую периодичность и длительность неконвенциональных практик обезболивания.

Трансакадемизм предполагает изучение представителями разных медицинских систем практик диагностики и врачевания друг друга. Такое изучение актуально уже потому, что пациенты зачастую сочетают подходы разных медицинских систем в процессе лечения. Однако более продуктивным этот процесс видится именно благодаря разворачиванию трансдисциплинарности, даже ее слабого варианта. Так, представители биомедицины могут изучать неконвенциональные практики не отстраненно, как ритуалы людей с недостатком медицинских знаний, а как способы реализации некоторых эффектов (*caracities*) в жизненном мире пациентов.

Разумеется, такой обмен знаниями возможен только в рамках взаимодействия институтов разных медицинских систем. Построенный на слабом варианте трансдисциплинарности трансинституционализм позволит не просто принимать во внимание практики других медицинских систем – зачастую

воспринимая их как искажение собственного единственно правильного алгоритма действий. Институциональная интеграция может обеспечить действительную комплиментарность медицинских систем через дополнение эффектов друг друга. В конечном счете трансинституциональность может стать отражением жизненного мира пациентов и потребностей, сформулированных через его концептуализацию. Так, в кабинете невролога не будет зазорным говорить о снимающих боль медитациях, а при встрече с учителем медитации можно будет без стыда рассказать об эффектах снотворного. В обоих случаях эффекты снотворного и медитации будут признаны в рамках иной системы взглядов и рассмотрены как нуждающиеся не в элиминации, а в наилучшем дополнении.

## Библиография

- Кун, Т. (2009) *Структура научных революций*, М.: АСТ.
- Тищенко, П.Д. (2015) Трансдисциплинарность и/или трансдуктивность: контекст языка, под ред. В. Бажанова, Р.В. Шольца, *Трансдисциплинарность в философии и науке: подходы, проблемы, перспективы*, М.: Навигатор, с. 469–483.
- Фейерабенд, П. (2007) *Против метода. Очерк анархистской теории познания*, М.: АСТ.
- Alexandrova, A.A. (2017) *Philosophy for the Science of Well-Being*, Oxford University Press.
- Cartwright, N. (1994) *Nature's Capacities and their Measurement*, Oxford: Clarendon Press.
- Cat, J. (2017) The Unity of Science. Edward N. Zalta (eds.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (<https://plato.stanford.edu/archives/fall2017/entries/scientific-unity/>) (15.10.2019).
- Dupre, J. (1994) Against Scientific Imperialism, *PSA: Proceedings of the Biennial Meeting of the Philosophy of Science Association*, No. 2, p. 374–381.
- Fisher, R. A. (1971) *The Design of Experiments* (9th ed.), London: Macmillan.
- Mol, A. (2003) *The Body Multiple. Ontology in Medical Practice*, Durham: Duke University Press.
- Walsh, A. (2018) Boucher S. Scientific imperialism, folk morality and the proper boundaries of disciplines. Mäki U., Walsh A., Pinto F. (eds.), *Scientific Imperialism. Exploring the Boundaries of Interdisciplinarity*, New York: Routledge, p. 13–30.
- Ziliak, S. T., Teather-Posadas E. R. (2014) The Unprincipled Randomization Principle in Economics and Medicine. DeMartino G., McCloskey D.N. (eds.), *Oxford University Press Handbook on Professional Economic Ethics*, New York: Oxford.

## References

- Alexandrova, A.A. (2017) *Philosophy for the Science of Well-Being*, Oxford University Press.
- Cartwright, N. (1994) *Nature's Capacities and their Measurement*, Oxford: Clarendon Press.
- Cat, J. (2017) The Unity of Science. Edward N. Zalta (eds.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (<https://plato.stanford.edu/archives/fall2017/entries/scientific-unity/>) (15.10.2019).
- Dupre, J. (1994) Against Scientific Imperialism, *PSA: Proceedings of the Biennial Meeting of the Philosophy of Science Association*, No. 2, p. 374–381.
- Feyerabend, P. (2007) *Protiv metoda. Ocherk anarhistskoj teorii poznanija* [Against the Method. Essay on the Anarchist Theory of Knowledge], Moscow: AST.
- Fisher, R. A. (1971) *The Design of Experiments* (9th ed.), London: Macmillan.
- Kuhn, T. (2009) *Struktura nauchnyh revoljucij* [The Structure of Scientific Revolution], Moscow: AST.
- Mol, A. (2003) *The Body Multiple. Ontology in Medical Practice*, Durham: Duke University Press.
- Tishchenko, P.D. (2015) Transdistsiplinarnost' i / ili transduktivnost': kontekst yazyka [Tolerance in the Discourse of Transdisciplinarity]. V. Bazhanova R.V. Shol'ts (eds.). *Transdistsiplinarnost' v filosofii i nauke: podkhody, problemy, perspektivy* [Transdisciplinarity in philosophy and science: approaches, problems, prospects], Moscow: Navigator, p. 469–483.
- Walsh, A. (2018) Boucher S. Scientific imperialism, folk morality and the proper boundaries of disciplines. Mäki U., Walsh A. (Editor), Pinto F. (Editor) (eds.), *Scientific Imperialism. Exploring the Boundaries of Interdisciplinarity*, New York: Routledge, p. 13–30.
- Ziliak, S. T., Teather-Posadas E. R. (2014) The Unprincipled Randomization Principle in Economics and Medicine. DeMartino G., McCloskey D.N. (eds), *Oxford University Press Handbook on Professional Economic Ethics*, New York: Oxford.

---

**Keywords:** integration, medical systems, nomological machines, transdisciplinarity, transacademicism, transinstitutionality

**Abstract:** The article denotes philosophical and theoretical-methodological problems linked to the integration of medical systems. They are reviewed based on the achievements of members of Stanford School for the philosophy of science. Using the optics of this group, the author concludes that the main field for the integration of

medical systems could be not the spheres of recognized and well-established medical knowledge but its problematic points. The possibilities for medical systems integration are reviewed in three dimensions: transdisciplinarity, transacademicism and transinstitutionality.

---

**Author info:**

**Sergei Yurievich Shevchenko** is Cand. Sc. in Philosophy; Research Fellow at the Department of Humanitarian Expertise and Bioethics at the Institute of Philosophy, Russian Academy of Sciences; teacher at the Department of Bioethics of the Russian National Medical Research University (Moscow).

---

**Citation link:**

Shevchenko S. Yu. (2019) Integration of Medical Systems: Lessons of Stanford School for Philosophy of Science [Integracija medicinskih sistem: uroki Stjenfordskoj shkoly filosofii nauki]. *Medical Anthropology and Bioethics* [Medicinskaja antropologija i biojetika], 2(18).