



Б. А. Спасенников

Доктор медицинских наук, доктор юридических наук, профессор, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко

Отечественная медицинская наука и Нобелевские премии: уроки истории

Начало XX века – время всемирного признания достижений медицинской науки России. Нобелевские премии в номинации «физиология или медицина» получили И.П. Павлов (1904), И.И. Мечников (1908). В статье обсуждаются причины отсутствия Нобелевских премий по физиологии или медицине у отечественных ученых после октябрьского переворота 1917 года. Автор анализирует отечественную медицинскую науку как социальный институт. В статье выделяются причины снижения результативности медицинской науки в советский (1917-1991) и постсоветский периоды (1991-настоящее время). Рассматриваются проблемы девальвации ученых степеней, псевдонаучных медицинских исследований, снижение уровня клиницизма. По мнению автора, чтобы изменить сложившуюся негативную ситуацию нужно кардинально реформатировать многие отечественные институты, цели которых обращены в будущее.

Ключевые слова: медицина, физиология, наука, Нобелевские премии, девальвация ученых степеней, клиницизм.

Наука – одно из величайших явлений культуры человечества, сопоставимое по своей значимости с религией и искусством.

Научная деятельность – создание нового знания, которое должно быть доказано особым образом и должно приносить пользу человечеству. Это наиболее краткое определение науки.

Научное знание не было первым в истории человечества. Знание вообще – те сведения, которые позволяют человеку действовать рационально, правильно. Например, сведение о том, в каком платье кинозвезда появилась на получении премии «Оскар», не является знанием. А сведение о том, что запеченный картофель не нужно брать руками из костра, является знанием, но не научным. Ранее всего появляется обыденное знание, которое каждый человек получает в раннем детстве (нужно мыть руки перед едой; нужно чистить зубы; нельзя есть испорченные продукты питания; нельзя пить грязную воду и др.). С детства человек приходит к пониманию, что существует то,

что можно или нужно, а также существует то, что нельзя. Отметим, что этот процесс познания не является научной деятельностью. Иначе говоря, не каждая мыслительная деятельность является научной.

Первая и главная польза науки состоит в том, что она дарит человеку величайшую ценность – свободу. Наука освобождает человека от страха, связанного с непониманием причин природных и других объективных процессов, психических или соматических болезней. Например, наука освободила человечество от страха перед чумой, холерой и оспой. Открытие А. Флемингом пенициллина освободило миллионы родителей от страха за здоровье детей, заболевших, например, воспалением легких. Открытие Дж. Уорреном и Б. Маршаллом бактерии *Helicobacter pylori* освободило миллионы людей от страданий, вызываемых язвенной болезнью желудка. Накопление и рациональное использование научных знаний об окружающем мире и самом человеке является гарантией выживания человеческого

вида и создания условий для приемлемого уровня жизни и здоровья, гармоничного развития.

Великие ученые (А. Эйнштейн, З. Фрейд, К. Маркс и др.), совершившие ключевые открытия, изменившие наш мир и понимание этого мира и самого человека, являются настоящей гордостью тех стран, где они родились, учились и работали. Эти люди по праву получили всемирную известность и признание.

В начале XX века появился новый критерий оценки научной деятельности – Нобелевская премия. В своем завещании Альфред Нобель (1895 год) учредил премии за выдающиеся достижения в науке (физика, химия, физиология или медицина), а также премии в области литературы (например, Нобелевской премии по литературе за 1958 год был удостоен советский писатель Б.Л. Пастернак) и за укрепление мира (например, в 1975 году этой премии был удостоен академик АН СССР, физик А.Д. Сахаров). Почему были выбраны именно физиология или медицина, физика, химия? Потому, что главным критерием при оценке научных достижений была польза, которую эти достижения принесли человечеству. Следует напомнить, что именно этот критерий является одним из существенных, ведущих признаков науки [1, с. 74–77].

Начало XX века – время всемирного признания достижений медицинской науки России. В первом ряду этих ученых стоит Иван Петрович Павлов – первый российский лауреат Нобелевской премии, один из двух российских лауреатов Нобелевской премии по физиологии или медицине за все годы существования этой премии. Исследования, за которые И.П. Павлов был удостоен премии, были выполнены еще в конце XIX века, но присвоение премии свидетельствовало о том, что за достижениями российской медицинской науки научный мир внимательно наблюдал и оценивал по достоинству (дополним, что И.П. Павлов был в списке номинантов (что весьма престижно) на получение Нобелевской премии в 1901, 1902, 1903, 1904 гг. В 1904 г. он получил эту премию) [1, с. 74–77; 2].

Вторым российским лауреатом Нобелевской премии по физиологии или меди-

цине стал Илья Ильич Мечников. Нобелевская премия была присуждена И.И. Мечникову (совместно с П. Эрлихом) «за труды по иммунитету» в 1908 году, всего через четыре года после присуждения премии И.П. Павлову. Можно было полагать, что это будет далеко не последняя Нобелевская премия отечественных ученых по физиологии или медицине. Но в последующие сто с лишним лет никто из отечественных представителей физиологической и медицинской наук премию не получал.

Возникает вопрос, почему представители отечественной медицинской науки после октябрьского переворота 1917 года [3, с. 22–31] отсутствуют в ряду Нобелевских лауреатов? При этом отечественные ученые (СССР–РФ), представляющие другие науки, продолжали получать Нобелевские премии (Н.Н. Семенов (1956), П.А. Черенков (1958), И.Е. Тамм (1958), И.М. Франк (1958), Л.Д. Ландау (1962), Н.Г. Басов (1964), А.М. Прохоров (1964), Л.В. Канторович (1975), П.Л. Капица (1978), Ж.И. Алферов (2000), В.Л. Гинзбург (2003), А.А. Абрикосов (2003), К.С. Новоселов (2010)). На наш взгляд, в разные исторические периоды (советский период; постсоветский период) это произошло в силу разных причин.

На всем протяжении своего развития отечественная медицинская наука взаимодействовала с другими социальными институтами, прежде всего с государственной властью. В советский период (1917–1991) наука была полностью огосударствлена и зависела от политической воли руководства коммунистической партии, что определяло ее цели. Парадигма свободной науки, создаваемой из соображений истины и общественной пользы, сменилась на парадигму выполнения воли государственной власти.

Для руководителей коммунистической партии и советского государства в 20-е–50-е годы XX века приоритетными целями были военно-политические, связанные с господствующей идеологией и военно-промышленным развитием страны. В это время сформировалось подозрительно-настороженное отношение к ученым (нужно сказать и о сложном, зачастую негативном отношении к советской власти со стороны И.П. Павлова и других ученых), а также к

некоторым наукам (например, к генетике, психотерапии и др.).

Позже, с 60-х годов XX века, стареющее, эгоцентричное руководство партии и страны «победившего социализма» было заинтересовано прежде всего в сохранении своего личного здоровья, здоровья своих близких, а также работоспособности партийно-советской номенклатуры. Поэтому ведущим направлением в медицине стало научно-организационное обеспечение деятельности IV Главного управления Министерства здравоохранения СССР (ранее, с 1919 по 1928 г. – Упрсаннадзор Кремля; с 1928 по 1953 г. – Лечсанупр Кремля). Приоритетными задачами было оказание высококвалифицированной лечебно-профилактической помощи советско-партийной номенклатуре в комфортных условиях, но не развитие фундаментальной медицинской науки. Этим и определяется столь существенная разница в достаточном финансировании медицинской помощи контингенту лиц, приписанных к лечебно-профилактическим учреждениям IV Главного управления Минздрава СССР и финансировании по остаточному принципу медицинской помощи для рядовых граждан СССР, а также медицинских вузов и научно-исследовательских институтов.

То есть задачи опережающих научных прорывов в области физиологии или медицины не ставились, в отличие от физики и химии, работающих на «ядерный щит» страны, космические исследования (то есть средства доставки термоядерного оружия). Поэтому с второй половины 50-х годов стало получать хорошее финансирование исследования по биологической физике и другим соответствующим наукам III Главное управление Министерства здравоохранения СССР (ранее, с 1946 по 1954 г. – Государственная служба радиационной безопасности). Все исследования проходили с соответствующими грифами секретности. Научных публикаций по этой тематике в открытой печати было минимальное количество).

При этом «железный занавес» ограждал советскую медицинскую науку от «тлетворного влияния Запада», от возможностей научно-исследовательского сотрудничества с учеными из Западной Европы, США, дру-

гих стран. Партийно-советское руководство не понимало, что не может быть национальной советской медицинской науки, как не может быть национальной таблицы умножения. Наука – интернациональное, общечеловеческое явление культуры (после мировых религий, конечно), не имеющее границ. Всякая изоляция от новых научных идей, открытий из других стран, ведет к ее деградации. Примером ошибочного, антинаучного, национального подхода к науке является создание Ф. Ленардом, лауреатом Нобелевской премии по физике (1905), «немецкой физики» в нацистской Германии (то есть даже будучи ученым-физиком, признанным мировым научным сообществом, можно создать псевдонауку) [1, с. 74–77]. По этой же причине советская медицинская наука не могла существовать отдельно от развития мировой медицинской мысли, не могла сохранить свое лидерство, опережающее развитие. Это, во многом, предопределяло отсутствие Нобелевских премий по физиологии или медицине.

В результате советская практическая медицина и медицинская наука слабели с каждым десятилетием, по мере ухода из жизни тех, кто работал и учился еще у «старорежимных» врачей и ученых, либо их прямых учеников, еще имел возможность наследовать их научные традиции и профессиональные ценности.

В советский период студентами медицинских вузов преимущественно становились абитуриенты, прошедшие вступительные экзамены и большой конкурс, а в клиническую ординатуру поступали лишь лучшие выпускники соответствующего факультета, прошедшие очень строгий отбор. В клинической ординатуре советского времени готовили весьма квалифицированных врачей. И лишь немногие из выпускников ординатуры имели возможность поступить в аспирантуру после сложного экзамена по специальности. То есть весьма строгий отбор в аспирантуру по медицинским специальностям еще поддерживал профессиональный уровень молодых ученых в советское время. Выпускники аспирантуры, в абсолютном большинстве, после защиты продолжали научно-исследовательскую деятельность в медицинских вузах или НИИ

(тогда нельзя было представить, что в постсоветский период молодые кандидаты наук будут массово прекращать научную деятельность, используя полученное ученое звание лишь для повышения стоимости своих платных медицинских услуг).

Утверждение тем докторских диссертаций соискателей этого высокого звания проходило после серьезного обсуждения на кафедре или научного отдела с привлечением в качестве рецензентов уважаемых в научной медицинской среде специалистов. Звание доктора медицинских наук давалось большим трудом, личным вкладом диссертанта (невозможно еще было представить себе доктора наук, которому кардиохирурги не могут доверить больного, так как оперировать доктор медицинских наук по специальности «сердечно-сосудистая хирургия» заведомо не способен).

С началом перестройки в СССР, в конце 80-х годов начинают появляться первые медицинские кооперативы (например, «ЛиК» на шоссе Энтузиастов в Москве), где кандидаты и доктора наук уже стали получать возможность монетизировать ученые степени, что стало формировать меркантильный интерес практических врачей к получению ученых степеней, то есть формировался не интерес к занятию научной работой, а вложение времени и средств в получение ученой степени для последующего «окешивания» диплома кандидата или доктора медицинских наук.

В постсоветский период, после развала СССР, рухнул и «железный занавес». Начали устанавливаться связи российских ученых с представителями медицинской науки других стран. Российские ученые начали посещать международные медицинские конгрессы, проводить международные конференции в России, публиковаться в зарубежных научных медицинских журналах, выезжать на длительные стажировки за границу. Однако уже сказывалось многолетнее отставание в развитии медицинской науки, российские ученые вынуждены были лишь соответствовать мировым достижениям, без возможности опережающего развития. К сожалению, одновременно началась новая волна эмиграции врачей и ученых в Германию, Израиль, США и другие страны.

В конце XX века государственная регуляторная машина существенно ослабела (статья 44 Конституции России продекларировала свободу научного творчества). Одновременно, к сожалению, произошло значительное уменьшение финансирования медицинской науки и практики. Особенно ситуация стала ухудшаться в центрах медицинской науки и образования – медицинских вузах и факультетах.

Во-первых, из руководства медицинских вузов и медицинских факультетов университетов стали исчезать ученые-клиницисты, имеющие уважение, авторитет во врачебной среде, а вместо них стали появляться ученые-биохимики и иные специалисты, не знакомые с пальпацией и аускультацией, дифференциальной диагностикой и клиническими традициями, не имеющие отношение к лечебной практике, то есть заведомо не умеющие лечить больных, не знающие как нужно готовить врача, какими знаниями, умениями и навыками доктор должен обладать. Мерилом успеха новых «эффективных менеджеров» стали сумма получаемых и расходующихся внебюджетных средств за предоставление образовательных услуг. В результате на медицинском факультете одного из ведущих московских государственных университетов (на момент написания статьи), к сожалению, нет кафедры факультетской хирургии или кафедры общественного здоровья, нет кафедры госпитальной терапии или кафедры неврологии, нет кафедры гистологии или кафедры инфекционных болезней, кафедры психиатрии или кафедры туберкулеза, других необходимых для медицинского факультета кафедр. В деканате этого медицинского факультета вообще нет ни одного доктора медицинских наук. Вероятно, декан этого факультета не понимает разницу между содержанием таких учебных дисциплин как пропедевтика внутренних болезней или факультетская терапия, оперативная хирургия или госпитальная хирургия, а также много другого из того, что нужно последовательно, год за годом изучать будущему врачу для формирования клинического мышления. Поэтому появление Нобелевских лауреатов на этом медицинском факультете крупнейшего московского государственного

университета невозможно, по мнению автора.

Во-вторых, весьма негативно сказались коммерциализация обучения в медицинских вузах, проводимая «эффективными менеджерами». Каждый, кто был способен оплатить обучение, получил возможность приобрести диплом. Коммерциализация медицинского образования пошла «рука об руку» с коррупционными проблемами. Сейчас, к сожалению, удивляет не то, что преподаватель кафедры анатомии лечебного факультета медицинского университета привлечена к уголовной ответственности за получение денежных средств (взятка [4, с. 100–101]) за проставление в экзаменационные ведомости и зачетные книжки зачета по окончании 1-го курса, а удивляет мизерность суммы взятки, показывающей уровень бедности преподавателей неклинических дисциплин медицинских вузов, вынужденных думать «о хлебе насущном», а не о научных свершениях.

В результате 8 июля 2012 года министр здравоохранения России В.И. Скворцова об уровне подготовки студентов медицинских вузов сказала: «Уровень подготовки не просто снизился, он просто бесстыдно низкий» (к сожалению, позже Вероника Игоревна не сочла нужным охарактеризовать уровень дальнейшего «снижения» вузовской подготовки к моменту своей отставки с министерского поста. При этом нужно уточнить, что автор с профессиональным уважением относится к Веронике Скворцовой, с которой они вместе учились в аспирантуре на кафедре нервных болезней лечебного факультета 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова во второй половине 80-х годов прошлого века, а в первой половине 90-х годов работали над своими докторскими диссертациями на той же кафедре).

Клиническая ординатура стала массовой. После окончания медицинского вуза выпускники с «бесстыдно низким уровнем» знаний, но способные оплатить обучение в ординатуре, зачастую выбирают своей будущей врачебной специальностью ту, которая позволит максимально быстро «вернуть» денежные средства, затраченные на обучение в медицинском вузе и ординатуре, монетизировать затраченное время и полу-

ченный диплом, начать получать доход. Об уровне компетенций таких ординаторов, их научной перспективности, вопрос ставить сложно.

Вслед за массовой ординатурой появилась не менее массовая аспирантура. Получение ученой степени кандидата медицинских наук стало стандартным средством в достижении коммерческого успеха, монетизации диплома. Автору встречалась ситуация, когда выпускница лечебного факультета одновременно училась в ординатуре в одной клинике и в аспирантуре другого НИИ, то есть она уже была аспирантом, еще не став специалистом в своей врачебной специальности. Автору пришлось принимать «отработки» пропущенных занятий у этой ординатора-аспиранта, которая не понимала разницу между научной статьей [5, с. 7–55] и учебно-исследовательским рефератом студента 4-го курса, что не мешало ей обучаться одновременно в ординатуре и аспирантуре. Благо для написания научных статей и диссертации есть множество сайтов, где подрабатывают менее финансово благополучные, но более работоспособные кандидаты и доктора медицинских наук. Следует ли ждать научных достижений в этом столичном профильном научно-исследовательском институте, где с ведома своих научных руководителей научной работой занимаются подобные соискатели ученых званий?

Защита кандидатских и докторских диссертаций в России, к сожалению, подчас принимает характер финансовой «академической (точнее – псевдоакадемической) пирамиды». Сначала молодой доктор наук должен «защитить» несколько своих учеников, чтобы получить заветный аттестат профессора (качество подготовки таких учеников не имеет значения, важно их количество). Затем амбициозный молодой профессор продолжает работу своего «научного (точнее – квазинаучного) конвейера», тиражируя кандидатов наук, чтобы по количеству защитившихся учеников, иметь возможность занять должность, например, заведующего кафедрой или руководителя отдела научно-исследовательского института. По занятии этой должности «академическая пирамида» продолжает расти, чтобы

обеспечить открытие диссертационного совета (или руководство действующим), что позволит максимально быстро «тиражировать» кандидатов и докторов наук до числа, необходимого для занятия еще более высокой должности (проректор университета, заместитель директора по научно-организационной работе в НИИ и др.), потенциально открывающей путь в члены-корреспонденты РАН. Начинается гонка в имитации научной работы в которой нет задачи поиска истины, познания объективной действительности (при этом научные руководители «научных конвейеров» в полной мере понимают (зачастую с грустью), что их собственные кандидатские диссертации, подготовленные в советский период, качественнее во всех отношениях, нежели «скоропелые» докторские диссертации своих учеников, то есть сами признают существенную девальвацию ученых степеней). Когда заветный путь пройден, а ученый становится членом-корреспондентом РАН, появляется потенциальная возможность перейти в действительные члены РАН, что позволит обеспечить хороший и стабильный доход, высокую должность, требуемый социальный статус (а ученики продолжают «академическую пирамиду» руководителя или, напротив, полностью прекращают какую-либо научную работу, уходя в негосударственные клиники). «Академические пирамиды» подчас имеют какие-то мизерные научные результаты, которые заведомо не соответствуют требованиям к номинации на Нобелевскую премию по физиологии или медицине, так как главная задача этих «конвейеров» – массовый выпуск обладателей дипломов кандидатов и докторов медицинских наук, число которых за последние десятилетия многократно увеличилось на кафедрах московских медицинских университетов и НИИ.

При ознакомлении с кандидатскими и докторскими диссертациями, производимыми в этих «академических пирамидах» у автора иногда возникает вопрос о том, имеются ли признаки ятрогенного (врачебного) преступления, связанного с лечебно-диагностическими действиями (форма вины – легкомыслие или небрежность), которые, возможно, привели к вреду здоровью раз-

личной тяжести у пациентов, которые обследовались в ходе выполнения такой «диссертации». Например, весьма уважаемый в прошлом диссертационный совет одного из ведущих московских медицинских университетов, проголосовавший за очередную подобную диссертационную работу, не озаботился вопросом, сколько пациентов, пролеченных диссертантом длительное время (два месяца) большими дозами НПВП (Диклофенак), получили лекарственный гепатит за счет гепатотоксичного действия этого препарата (при отсутствии какого-либо контроля биохимических показателей); у скольких из пролеченных длительное время Диклофенаком пациентов возникли эрозии слизистой желудка (ввиду отсутствия «прикрытия» НПВП с помощью ингибиторов протонной помпы), если известно, что у одного пациента из пяти с изначально неповрежденной слизистой оболочкой желудка возможно развитие эрозивного процесса уже через 7-10 дней применения НПВП. Общеизвестно, что не менее 40-50% случаев развития кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, потребовавших эндоскопического или хирургического гемостаза, связаны с приемом НПВП; регулярный прием НПВП ассоциирован с повышением риска развития сердечно-сосудистых катастроф и др. Объективный статус обследуемых больных не описывался в этой диссертации (если диссертант вообще хоть как-то клинически смотрела своих пациентов). И этими существенными и многими другими весьма важными врачебными (клиническими) вопросами не задался никто из рецензентов и оппонентов диссертации, никто из членов диссертационного и экспертного совета ВАК. Сколько таких «диссертаций», имеющих аналогичную «научную новизну», ежегодно выполняется и защищается в этом ведущем медицинском университете, других московских вузах? Очевидно, что они не приближают руководителей «академических пирамид» к Нобелевской премии по медицине (нужно уточнить, что автор не имеет своей целью этой статьей обидеть, «задеть» кого-то из уважаемых академиков и член-корреспондентов РАН, а также других своих коллег из числа профессоров. Автор высказывает личное

мнение, субъективное суждение, имеющее своей целью охарактеризовать причины отсутствия в России Нобелевских премий по физиологии или медицине за последние сто с лишним лет. Безусловно, автор знает прилежных, усидчивых студентов, «головастых», старательных, дисциплинированных ординаторов, «высоколобых», трудолюбивых, инициативных аспирантов, «мозговитых», перспективных, толковых кандидатов медицинских наук, настоящих, креативных, высококвалифицированных докторов медицинских наук, высокоинтеллектуальных, обстоятельных член-корреспондентов РАН, мудрых академиков РАН. Вот только Нобелевских премий по физиологии или медицине у российских ученых, увы, больше нет. Зато такие премии есть у российских физиков и химиков).

Проведение «Открытых международных конкурсов» на замещение вакантных должностей профессорско-преподавательского состава в одном из ведущих московских медицинских университетов, вероятно, свидетельствует не столько о «западничестве» руководителей вуза, сколько о неверии в возможность создания российских научных школ, способных подготовить номинантов на Нобелевские премии, в стенах возглавляемого этими «эффективными менеджерами» университета. Подобные «менеджеры» объективно заинтересованы в том, чтобы во главе факультетов, кафедр возглавляемого университета становились послушные им лица, неперспективные в научном и клиническом плане, которые не способны сформулировать приоритетные векторы развития российской медицинской науки, что, к сожалению, делает регресс этого медицинского университета необратимым и в научных достижениях, и в клинических компетенциях. На протяжении последних двух десятилетий это становится особенно заметно, по мнению автора.

В постсоветский период возник еще один фактор, ухудшающий ситуацию, – отток высококвалифицированных врачей и ученых-клиницистов в открывающиеся лечебно-профилактические организации ведущих государственных монополий, других крупнейших предприятий и организаций,

министерств и ведомств, топ-менеджмент которых захотел иметь своих личных, «семейных» врачей по подобию ЦКБ УДП (термин «медицинская помощь» стал заменяться на термин «медицинское обслуживание»). Это также «обескровливает» клинические кафедры ведущих вузов и научных медицинских институтов, так как молодые кандидаты и доктора наук ищут финансово интересные предложения и комфортные условия труда, которые могут конкурировать по многим позициям с современными западными клиниками.

Помимо объективных факторов, препятствующих результативности отечественной медицинской науки, увеличивается роль субъективных. Никто не отменял такие негативные субъективные факторы в научной деятельности, как зависть, ревность, страх потерять «теплое местечко». Более того, в последние десятилетия удельный вес этих факторов имеет все большее значение. Можно привести пример того, как ректор медицинского университета, академик РАН С., предложил уволиться из университета перспективному молодому ученому, чтобы он результатами своего труда не «оттенял» неэффективного, весьма посредственного заведующего кафедрой. Или пример того, как заведующий кафедрой одного из ведущих московских медицинских университетов, член-корреспондент РАН С., активно «тормозит» развитие возглавляемой им кафедры, чтобы на ней не появился доктор наук, потенциально способный конкурировать в научном плане с заведующим. Поэтому сотрудниками кафедры, кроме заведующего, являются лишь неперспективные кандидаты наук, а также преподаватели без ученых степеней. И таких примеров торможения научной результативности можно привести множество.

Распространение вируса SARS-CoV-2 показало степень готовности российской медицины к оценке объективной действительности. Отдельные представители российской медицинской науки встретили пандемию заявлениями (как это явствует из СМИ), свидетельствующими о том, что разницу между COVID-19 и единичными случаями свиного (или птичьего) гриппа, они не осознают. Лица, имеющие высокие уче-

ные регалии, в начале пандемии начали делать абсурдные, антинаучные заявления (академик РАН О.: «Массовые прививки от коронавируса не нужны»; член-корреспондент РАН С.: «Потенциал распространения коронавируса оценивается как низкий»; член-корреспондент РАН Л.: «Новый коронавирус является меньшей биологической угрозой, чем грипп») [6, с. 116–125]. Каких Нобелевских премий можно ждать российской науке от этих академических ученых?

Можно продолжать длинный список различных проблем отечественной медицинской науки, которые снижают ее результативность [7, с. 249–250]. Кто-то из коллег согласится с личным мнением, субъективным суждением автора, кто-то, вероятно, не согласится. Но никто не сможет оспорить одно, главное – факт того, что ежегодно присуждаемые Нобелевские премии российские ученые периодически по физике и химии получают, а по физиологии или медицине не получают уже свыше ста с лишним лет. По мнению автора, чтобы изменить сложившуюся негативную ситуацию необходимы институциональные преобразования в отечественной медицинской науке и образовании (от медицинских вузов и научно-исследовательских институтов до соответствующего экспертного совета ВАК, от возрождения отечественных научных традиций до коррекции бюджетной политики в медицинской науке и практике) в соответствии с научными институтами, например, в российской физике, а также в мировой медицинской науке. Необходимо усвоить уроки, которые преподала нам история отечественной медицины.

По мнению автора, номинантами на Нобелевскую премию в 1945 г. или в 1946 г. могли бы стать народный комиссар здравоохранения СССР (1939-1946), министр здравоохранения СССР (1946-1947), доктор медицинских наук, профессор Георгий Андреевич Митерёв и начальник главного военно-санитарного управления Красной Армии (1939-1947), министр здравоохранения СССР (1947-1952), Академик АМН СССР, доктор медицинских наук, профессор Ефим Иванович Смирнов за организацию лечебно-профилактической помощи и систему

санитарно-противоэпидемических мероприятий в годы Великой Отечественной войны (1941-1945) на фронте, в тылу и на освобожденной от оккупантов территории СССР и ряда европейских стран. Это обеспечило возвращение в строй 73% раненых и свыше 90% больных, исключило возникновение эпидемий особо опасных инфекций и др. Однако в 1945-1946 гг. руководству Советского Союза, победившего гитлеровскую Германию и ее союзников в той страшной, кровопролитной мировой войне, во-первых, было не до Нобелевской премии по физиологии или медицине, так как нужно было восстанавливать разрушенную войной страну (в том числе и здравоохранение). Во-вторых, господствующая идеология того времени предполагала, что все заслуги во всех областях принадлежат исключительно товарищу И.В. Сталину (Джугашвили), а не отдельным ученым и руководителям. Более того, Г.А. Митерёв 17 февраля 1947 года как «не справившийся с порученным ему делом» был снят с поста министра «за антигосударственные и антипатриотические поступки». Позже, 9 декабря 1952 года, был снят с поста министра здравоохранения СССР Е.И. Смирнов за «политическую беспечность» в связи с «делом врачей». К счастью, оба врача и ученых избежали ареста, пыток и гибели в местах лишения свободы. В тот же исторический период были подвергнуты репрессиям многие видные советские ученые и руководители, сыгравшие важную роль в Победе советского народа в Великой Отечественной войне. Мы считаем, что Г.А. Митерёв и Е.И. Смирнов имели реальный шанс стать лауреатами Нобелевской премии по физиологии или медицине за 1946 год, когда результат их деятельности был очевиден всему миру, победившему фашизм.

Автор верит, что отечественные ученые смогут вернуть себе утраченные позиции в науке, что появятся новые российские лауреаты Нобелевской премии по физиологии или медицине.

Библиографический список:

1. Спасенников Б.А. Про Нобелевскую премию по психологии // Международный

журнал психологии и педагогики в служебной деятельности. 2023. № 1. С. 74–77.

2. Ноздрачев А.Д., Пальцев М.А., Поляков Е.Л., Маслюков П.М., Чернышева М.П. Нобелевские премии по физиологии или медицине. СПб.: Гуманистика, 2019. 884 с.

3. Спасенников Б.А. «Испанка» в России (1918–1921) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2021. № 3. С. 22–31.

4. Спасенников Б.А. Принцип вины в уголовном праве // Закон и право. 2018. № 6. С. 100–101.

5. Зудин А.Б., Спасенников Б.А., Надеяева И.И. Об организации и проведении биомедицинских исследований (с участием человека как субъекта, а также с использованием биологических материалов или данных, до-

пускающих идентификацию физического лица) // Вестник Высшей аттестационной комиссии при Минобрнауки России. 2020. № 4. С. 7–55.

6. Спасенников Б.А. COVID–19: уроки вакцинации // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2021. № 3. С. 116–125.

7. Спасенников Б.А. От социальной гигиены к общественному здоровью (эволюция северной научной школы) // Образование. Наука. Научные кадры. 2018. № 2. С. 249–250.

© Спасенников Б. А., 2023