

Проблемы формирования российского экспертного сообщества в области стволово-клеточных биотехнологий¹

О. Оберемко, В. Полякова

Разработка медицинских технологий, связанных с использованием стволовых клеток (СК), — передовая, инновационная область, в которой, естественно, мало, что завершено и определено. При этом ее социальная и гуманистическая значимость обостряет обычную для разработки и внедрения инноваций проблемную ситуацию. С одной стороны, велика цена человеческих жизней, которые может унести клиническое применение методов, не прошедших тщательную проверку, с другой — велика цена промедления в развитии инновации, которая может не только спасти, но и восстанавливать качество жизнедеятельности. Для развития этой перспективной отрасли очевидна необходимость согласованной и компетентной выработки общих для всех участников взаимодействия правил. Возможности подобного консенсусного предприятия оказались в фокусе внимания пилотного проекта, посвященного исследованию российского биомедицинского сообщества, работающего в области СК-терапии. Было проведено 22 глубинных интервью с экспертами в Москве и Новосибирске, в число которых вошли 10 ученых, чьи работы связаны с определенными методами СК-терапии, 2 представителя негосударственных научных организаций, 7 клиницистов, а также 3 представителя коммерческих организаций (2 клиники и 1 банк стволовых клеток).

Столкновение этосов науки, медицины и бизнеса

И СМИ, и наши информанты подчеркивают, что фантастические перспективы развития принципиально новой медицины соседствуют с сомнительностью и даже криминальностью предлагаемых услуг, предусматри-

¹ Публикация подготовлена по результатам исследования «Инновации в медицине: развитие стволово-клеточных биотехнологий», проведенного в апреле-мае 2008 г. в рамках проекта Фонда «Общественное мнение» «Люди-XXI», при реализации которого использовались средства, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента РФ от 30 июня 2007 г. № 367-рп.



вающих использование СК. Дело не только в том, что кто-то незатейливо ориентируется на психологические особенности несведущих людей, пытается продвигать СК как панацею от всех недугов и неспецифически применяет СК-терапию. Это в первую очередь развито в сфере косметологии. Но также есть те, кто занимает ответственные посты в научных и медицинских иерархиях, но применяет непроверенные новшества, стремясь оказать возможную помощь, и в этой части субъективный смысл поступка вполне соответствует врачебной этике, хотя объективно — это нарушение.

Впрочем, наши информанты не были склонны демонизировать тех, у кого они отмечали не соответствующее строгим профессиональным нормам поведение (за исключением косметологов и подпольных деятелей). Например, пациент, которому сеанс СК стоил порядка 50 тыс. руб. (для него, по его же словам, недешево) и около года неправильного лечения ввиду неверной диагностики, довольно уважительно говорит о неправильно лечившем его враче и упоминает о том, что тот реально помогал людям инновационными методиками: «Я попал к одному профессору, который на тот момент занимался применением различных инновационных медицинских технологий. Рекомендовал хирург, доктор наук, который после операции, как реабилитацию, частенько направлял к этому врачу своих пациентов. А тот был в определенных кругах, в общем-то уважаем, да в принципе он как-то стоил того. Т. е. помогал реально людям, применяя различные новые методики». При этом нужно сказать, что когда этому пациенту предложили поучаствовать в эксперименте (правда, за плату!?), к тому времени его уже в течение двух лет угнетал недуг едва ли не до отчаяния, и никто не мог поставить правильный диагноз. СК терапия была предложена в ряду других инновационных методов. В данном случае этот пациент, по всей видимости, был категоризован как безнадежный больной, в том числе, ввиду безуспешной диагностики.

На лицо столкновение разных ценностно-нормативных систем: науки, медицины и бизнеса. Если для ученого высшая ценность — это достоверное, надежное знание, которое ценно независимо от его практической применимости, то для врача — это знание, которое можно использовать для излечения. Научный этос в сочетании с идеей гуманизма может заставлять использовать до конца не удостоверенное знание, а этос гуманиста-врача может требовать его применения в качестве метода последней надежды в безнадежных случаях. Ибо худший исход от применения непроверенного средства не отличается от достоверно известного исхода его неприменения. Для бизнеса типически высшая ценность — экономическая целесообразность. И хотя это может показаться далеко отстоящим от забо-

ты двух других этосов, надо понимать, что и для производства достоверного знания, и для производства действенной высокотехнологичной заботы о людях требуется материальная база.

Если мы вынесем за скобки преднамеренное мошенничество, то возможность того, что кто-то кого-то ответственно и публично захочет назвать шарлатаном, останется. Возможность появления деклараций о «шарлатанах», «магах» и «мошенниках» коренится не столько в персональных характеристиках «шарлатанов» и др., сколько в социально-структурных характеристиках производства данной инновации. Оказываясь на пересечении трех этосов, актер вынужден делать нелегкий выбор, чтобы найти приемлемую, взвешенную их комбинацию. Стоит новатору только сделать несколько шагов, в результате которых неустойчивое равновесие будет нарушено, он рискует прослыть шарлатаном. Подчеркнем, что о сознательном мошенничестве мы сейчас не говорим.

Слабость российского экспертного сообщества

Конфликт интересов, характерный для любой инновационной среды, сопровождается, мягко говоря, сдержанными оценками общего уровня развития этого медико-биологического направления. Едва ли не каждый эксперт называет свою разбросанную по стране «компанию», куда включаются отдельные специалисты и центры, но нет многочисленного и плотного сообщества с развитой профессиональной культурой, члены которого признают друг друга, интенсивно общаются и играют по общепризнанным правилам. Отсюда и самоощущение, что едва ли не каждому мужественно приходится вести исследование в одиночку, как в чистом поле: «Специалистов в России, сложно сказать, их по пальцам перечесать можно. Тем более еще следящие за зарубежными — это единицы. Так что некому экспертизу проводить. А слов наговорить, тут проблемы нет» (ученый, Новосибирск). Т. о. специалистов в достаточном количестве для квалифицированной экспертизы нет, но зато хватает демагогов, которые за словом в карман не лезут и в принципе готовы поучаствовать в обсуждении. Как и в случае с шарлатанством, прослыть демагогом легче, когда нет ни хотя бы самого общего понимания предмета, ни общих правил. Если ты не видишь ни того, ни другого, убедить себя (и других), что ты дело говоришь (и делаешь) гораздо труднее. Здесь может показаться удобным отгородиться от «враждебного мира», где тебя не понимают. Но для работы в высокотехнологичной сфере это тупиковый путь. Помимо «одинок в чистом поле» назойливо приходит и другая ме-



тафора — феодальной раздробленности, порождаемой неналаженностью внутри России каналов профессиональной коммуникации, без которой профессиональное сообщество не может формироваться: «Есть вещи, которых мы не знаем, мы хорошо знаем Москву, но мы плохо знаем Новосибирск, что творится во Владивостоке в этой области...» (директор клиники, Москва).

Конечно, мало обозначить создание каналов коммуникации, кто-то должен наполнять их содержанием. Но и на слухах сообщества не организуешь: «В нашей стране на крайне низком уровне все это оперирование. Я только по слухам знаю, что в Москве, вроде, в онкоцентре такие операции делают (...) с реимплантацией собственного костного мозга. В основном, все делают это в Германии и в США. В России не делают этих вещей». Социологу, конечно, трудно понять, что отражает данная низкая оценка: низкий уровень работы или слабую заботу об информировании заинтересованных коллег. Между тем речь идет о рутинных методах лечения рака желудка: «За рубежом, индустриальные страны, если это не множественные метастазы, опухоль до 80% <случаев> — это излечимая вещь, даже если она большая, и возраст его там... Дорого, <...>, но им лечится медицина вся страховая в индустриальных странах. И поэтому там резко снижена <смертность>, онкология там давно не на первом месте» (статусный сотрудник ведущего НИИ, Новосибирск).

Отставание в развитии конкретных технологий лечения порождает стремление к неуместно универсальному применению одного недоосвоенного метода: «У нас при крайне низкой еще академической науке стали применять клетки <...> для всего. Цирроз лечат, диабет лечат, все лечат» (ученый, Новосибирск). Таким образом, развитая специализация подменяется слабодифференцированным универсализмом, который оборачивается механической всеядностью, т. е. непрофессионализмом.

Почему у нас мало специалистов и почему мы отстаем в науке и практике? Самое простое объяснение — нет финансирования. Оно и озвучивается информантами прежде всего. Но если задаться практическим вопросом, а кого можно было бы финансировать, есть ли условия для прозрачного и простого механизма отбора для производства в новаторы посредством обильного финансирования?

Организация коммуникативных разрывов

В науке, как и в других институтах, можно различать правила, регулирующие взаимодействие между людьми, и правила, регулирующие предметную деятельность. Во втором случае процесс установления правил имеет мень-

шую политическую природу, чем в первом. А вот отказ подчиняться правилам отчетливо репрезентирует осознанную «политику индивидуализирующей идентичности». При этом создается впечатление, что канонические правила получения научного знания (постановки эксперимента) были выполнены. В интервью были упомянуты следующие коммуникативные разрывы.

1. Отсутствие культуры документирования исследований исключает воспроизводство эксперимента и/или его проверку по лабораторным журналам: «У нас в России нет ни одного клинического, правильно сделанного клинического исследования. Вот мне человек будет говорить, допустим, мы провели клинические исследования. А где у вас контролинг? где у вас группы сравнения? где у вас правильная доказательная база?..» (клиницист, Москва).
2. «Конструирование» доказательной базы в стремлении доказать эффективность негодных методов: «Ведь они же, когда говорят об улучшении, берут онкологического больного, который все равно умрет. Это обычно, либо из бомжей часто бывает, хронический алкоголик, цирроз они лечат. Ну берут последнюю стадию цирроза, уже когда он не жилец, его можно продержать на глюкозе, переливании крови месяца 3-4. Начинают ему заталкивать эти клетки. Может оттого, что он в клинике не пьет, какие-то препараты дают общеукрепляющие, витамины, у него, и так ясно, будет какое-то улучшение. Скажем, у них было 7 больных, вроде двое 2 или 3 месяца дольше жили. Вот и вся доказательная база» (ученый, Новосибирск).
3. Распыление ответственности путем необоснованного ее делегирования: «Еще у них такая манера. Этот вроде как мозг этого всего, академик медицинский (т. е. работает в институте РАМН), а делают-то в клинике (то есть, в не подчиняющемся РАМН учреждении). Те говорят: «А нам дают этот материал. Мы ничего не знаем, мы вводим». А этого спрашиваем: «А что вы даете?» — «Мы даем вот это, а что они там делают, мы не знаем» (ученый, Новосибирск).
4. Стремление узурпировать ответственность за счет исключения неудобных из числа экспертов по принципу «свои — чужие»:

«Нас (ученых) он (академик РАМН) игнорирует — мы другая система. Ну и мы вроде как чистоплюи, а он — людей лечит, а мы — мышами и все такое» (ученый, Новосибирск).

«Требования к медицине, к практике другие — они жестче, чем требования к академической науке, <...> и это правильно на самом деле (клиницист, Новосибирск).



«Обычно кого приглашают в эксперты? Именитых людей... т. е. академиком. А это технологии-то совсем новые, они буквально 5-10 лет. <...> Я приведу банальный пример. Приходит солидный человек, который работает в клинической области и читает: «В культуре клеток для того, чтобы они не контаминировались, добавляют стрептомицин и пенициллин». Это антибиотики старые-старые. «Что?! Такие антибиотики в культуры? Да в жизни я такую технологию не пущу!». А для клеточных технологий — это стандарт. Специалист из одной области, пусть даже очень высокого профиля, но в клеточной технологии он совершенно со своими как бы подходами идет, которые не годятся здесь» (клиницист, Новосибирск).

Во всех приведенных случаях речь идет о границе, которую выстраивают клиницисты: именно они видят необходимость защищаться. От чего или кого они защищаются: от ученых со строгими критериями, или от упоминавшегося выше непрофессионального универсализма, от которого не застрахован ни чистый ученый, ни академик с практическим опытом, но в другой области? Чего здесь больше: узурпации ответственности или вынужденной защиты? Социолог в пределах профессиональной компетенции может констатировать: отсутствие самоорганизующихся экспертных сообществ, имеющих возможность работать и в активной дискуссии, устраняя коммуникативные разрывы, вырабатывать собственные правила работы, не оставляет надежд на развитие инноваций в высоко технологичной сфере.

К формированию коллективного субъекта

Что же получается? В условиях затянувшегося кризиса в российской науке происходит неадекватная рецепция инородных для науки ценностей и правил, свойственных экономической деятельности, что приводит к коммуникативным разрывам и отказу следовать собственным институциональным правилам. Это приводит к разобщенности экспертного сообщества, затрудняет формирование и принятие правил, признаваемыми всеми участниками. Без правил и вне сообщества могут реализовываться только простейшие схемы координации взаимодействий между участниками, преследующими примитивные (по своей структуре) цели. Высокотехнологичная наука и медицина как сложные институциональные среды (как, впрочем, и сложный бизнес) для своего развития требуют сложные схемы координации между участниками, обладающими развитой и ориентированной на сообщество субъектностью. В целом эта мысль осознается российским экспертным сообществом, хотя далеко не все готовы принимать активное участие

в формировании новой системы правил и институциональной организации. Так можно добывать не просто знание само по себе и не просто полезное знание, но востребованное знание.

Те, кто действует на передовой, понимают, в современных реалиях без участия разных типов игроков не обойтись. Чтобы изменить ситуацию необходимо, чтобы не один, а все участники изменили свою стратегию поведения. В теории игр такая ситуация называется равновесием Нэша, когда ни один участник не может повысить свой выигрыш, изменив решение в одностороннем порядке, если другие участники не меняют решения. В качестве примера приведем фрагмент интервью, в котором показывается проблема взаимодействия бизнеса и науки не только с позиций злоупотребления: «Я знаю многих директоров институтов лично, многих академиков. Когда с ними начинаешь вести разговор о сотрудничестве в экономическом плане, единственное, что они понимают, они говорят, что если у вас есть деньги, давайте мы их возьмем. Ты говоришь: нет, я не спонсор, я инвестор. Я готов дать вам деньги, чтобы мы получили продукт, распределили его, договорились о том-то, о том-то. Глаза у академиков сводятся в одну точку: они не понимают, как это объединять усилия» (руководитель биотехнологической компании, Москва). Здесь очевидна неготовность ученых к кооперации, когда они должны нести ответственность перед бизнесом. Это позволяет сделать вывод, что инициатива социальных изменений исходит не только от ученых и врачей, но и от инвесторов, которые впрочем, тоже бывают выходцами из научных кругов.

Таким образом, на фоне столкновения различных ценностно-нормативных систем назрел новый этап в развитии биомедицины, связанной с СК, а именно этап формирования коллективной субъектности экспертного сообщества, которое будет способно вырабатывать и институционализировать такие нормы и образцы взаимодействия между участниками, которые позволят извлекать преимущества от сотрудничества.

