

Материалы научно-образовательной конференции «Духовно-нравственные ценности и медицина»

*посвященная памяти врача, российского религиозного и общественно-
го деятеля Сайфуллы-кади Башларова*

3–4 декабря 2018 г.



Махачкала 2019

УДК
ББК
А-15

Главный редактор: Сулейманова Ф.М., директор «Медицинского колледжа имени Башларова»
Заместитель главного редактора: Нурмагомедова Л.М., пресс-секретарь

Редакционный совет:

Абдулаев М.А., Гусейнов М. Д., Татаева Н. М., Давудова Х.О., Омарова Х. О., Халидбекова М. Х.,
Шамсудинова С. М., Сайдумова Х. О., Зубаирова Ш. М.

А-15 Материалы научно-образовательной конференции «Духовно-нравственные ценности и медицина». – Махачкала: АЛЕФ, 2019. – 68 с.

ISBN

© Издательство «АЛЕФ», 2019



Уважаемые участники конференции!

Хочу искренне поблагодарить вас за участие в нашей научно-образовательной конференции «Духовно-нравственные ценности и медицина», посвященная памяти С. Башларова – врача, российского религиозного и общественного деятеля.

Стремительное развитие общества и новые социально-политические условия в XXI веке поставили перед медициной новые проблемы.

Сегодня, чтобы не потерять следующие поколения врачей, необходимо вновь вернуться к осознанию роли духовных и нравственных ценностей в этике, деонтологии и морали врачебной деятельности. Отношение к медицине, как к «услуге», некоему продукту, который может предлагаться пациенту, нарушает необходимую связь «врач-пациент», постепенно лишает врачей жертвенной составляющей в их служении. Больной человек в ситуации нравственного кризиса общества особенно уязвим, потому что он испытывает страдания не только от своих болезней, но и от формализованного подхода к лечению, равнодушия окружающих. Немаловажным является поражение внутреннего базового духовно-нравственного состояния пациента, неминуемо приводящего к изменению природы сознания человека и, как результат, к укоренению телесной болезни через болезнь духа.

Убеждена, что сегодняшнее мероприятие внесет свой вклад в дальнейшее укрепление сотрудничества между представителями духовенства, медицинских и образовательных учреждений, окажет конструктивное влияние на формирование единых подходов к решению проблем, стоящих перед здравоохранением и образованием регионов России.

Желаю участникам конференции плодотворной работы, успехов в реализации намеченных планов и всего наилучшего.

Директор Медицинского колледжа имени Башларова - Фатима Сулейманова

СОДЕРЖАНИЕ

1. Сулейманова Ф.М. ЖИЗНЬ – С. БАШЛАРОВА И ОДНОИМЕННОГО КОЛЛЕДЖА	5
2. Абдурахманов М.А. ВАКЦИНАЦИЯ В ИСЛАМЕ	7
3. Амирханова Д. О. ИСТОРИЯ ИСЛАМСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ЕЁ ВКЛАД В НАУКУ	11
4. Ахундова Х. Р. ОЦЕНКА РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СД В ПЕРИОД ПОСТА В СВЯЩЕННОМ МЕСЯЦЕ РАМАДАН	13
5. Магомедова М.А., Бахмудкадиева З.Н. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН	14
6. Бейбутова А.М. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	16
7. Бейбутова А.М. ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПАРАМЕТРОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ВЛИЯЮЩИХ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ	19
8. Латфуллина Л.Т. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	22
9. Мамедов М.Н. ЖИЗНЬ И ТВОРЧЕСТВО АВИЦЕННЫ ГЛАЗАМИ ПОТОМКОВ	24
10. Мамедов М.Н. «КАНОН ВРАЧЕБНОЙ НАУКИ» АВИЦЕННЫ: МОСТ МЕЖДУ ДРЕВНЕЙ И СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКОЙ	30
11. Хабибов А.Д., Дибиров М.Д. ИЗМЕНЧИВОСТЬ ПРИЗНАКОВ <i>TRIGONELLA FOENUM-GRÆCUM</i> L. (FABACEAE JUSS.) В РАЗНОВЫСОТНЫХ УСЛОВИЯХ ДАГЕСТАНА	37
12. Османов Р.М., Анатов Д.М. ХАРАКТЕРИСТИКА И ЗНАЧЕНИЕ АБРИКОСА ОБЫКНОВЕННОГО (<i>PRUNUS ARMENIACA</i> L.)	39
13. Гаджиев М. Ш. НАСЛЕДИЕ САЙФУЛЛА-КАДИ БАШЛАРОВА КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ДУХОВНО - ПРАВСТВЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА МОЛОДЕЖИ	40
14. Харчиева З. Б., Магомедова З. М. ПИТАНИЕ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА В ИСЛАМЕ	42
15. Биякаева П. И., Магомедова З. М. ВОПРОСЫ ГИГИЕНЫ В ИСЛАМЕ	44
16. Магомедова И.К. РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ИСЛАМЕ	47
17. Омаров М.А. МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА СОГЛАСНО ИСЛАМУ	49
18. Ибрагимова Л.А. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕЛИГИОЗНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ	54
19. Ибрагимова Л.А. ПРОБЛЕМА МЕЖЛИЧНОСТНОГО ОБЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА С ПАЦИЕНТОМ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ	56
20. Магомедов С.М., Саидгусейнова М.Р., Фатулаева К.Ф., Мухучиев А.А., Лайпанова М.В., Алхасов Г.М., Хабибова П.М., Гаджиев Р.А., Вагабов Н.Д., Кхан М.И. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №3	58
21. Исмаилов Э.Ш., Дибирова М.М., Набиев М.М. ИЗУЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ОБЛЕГЧЕННОЙ ВОДЫ И ЭФИРНОГО МАСЛА МЯТЫ ДЛИННОЛИСТНОЙ	60
22. Селимова Г.А. ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ ОБЩЕНИЯ У СТУДЕНТОВ В МКИБ	63

ЖИЗНЬ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ С. БАШЛАРОВА И ОДНОИМЕННОГО КОЛЛЕДЖА

Сулейманова Фатима Махмудовна

ЧПОУ «Медицинский колледж имени Башларова», директор

Сайфулла-кади Башларов родился в 1853 году в селе Ницовкра, Казикумухского ханства. Умер в мае 1919 года. Похоронен в селе Верхнее Казанище Буйнакского района Республики Дагестан.

В детские годы он обучался в домашних условиях. В 1861 году он поехал вместе с отцом в Астрахань. Там поступил на учебу в татарское исламское медресе и через три года завершил учебу. После этого он окончил русскую 5-летнюю школу. Через друга отца он ознакомился с народной медициной и освоил некоторые методы лечения травами. В 1867 году Сайфулла-Кади вернулся в Дагестан и продолжил учебу в Арчибском медресе, где его учителем стал шейх Мамма-Дибир Арчибский.

В 1869 году Сайфулла-кади отправился к известному в Дагестане ученому-богослову Хасану из селения Кудали. В Кудали он изучал не только языки, но и философию, математику и этику. В то время Сайфулла-кади знал около 10 языков. С детства он проявлял интерес и способности к медицине. Это был очень целеустремленный человек.

Сайфулла-кади Башларов являлся известным медиком не только в России, но и за рубежом. Имел российский и немецкий дипломы по медицине.

Как известно, в 1877 году в Дагестане происходило восстание. Сайфулла-кади не был сторонником восставших и был недоволен этой акцией, хотя стал и невольным его участником. По ложному подозрению в организации этого восстания его отправили в ссылку в Саратовскую Губернию. Некоторые его друзья из Астрахани добились для Сайфуллы-кади права вольного хождения и разрешения работать. Там он познакомился с немецкими врачами и стал работать в Саратовском медицинском центре немецких врачей, одновременно окончил медицинское учебное заведение, где готовили младший медперсонал. В 1886 году медицинский центр немецких врачей вручил ему удостоверение, подтверждающее его профессиональную врачебную подготовленность и предоставлявшее ему право работать в качестве врача.

Сайфулла-кади несколько раз побывал в Германии, создавал медицинские труды на немецком и арабском языках. В это время он одновременно работал над совершенствованием суфийских знаний.

После возвращения из ссылки в 1891 году он стал работать во Владикавказе, а позднее переехал в город Ростов на Дону, где работал врачом железнодорожной больницы.

В 1894 году Сайфулла-кади вернулся в город Астрахань и начал работать невропатологом, занимался самообразованием по восточной философии, суфизму и мусульманской юриспруденции, продолжал писать труды по исламской религии и медицине. Помогал Астраханскому духовенству и мусульманским учебным заведениям. По неуточненным данным, он работал там в течение 4-х лет.

В 1903 году отдел по медицине Николаевского правительства дал ему диплом по медицине, который разрешал ему работать в любой точке России.

После этого в 1904 году его избрали делегатом в Государственную думу России от Кавказских мусульман, где он занимал ответственную должность. В этот же год он поехал в исламский университет Каира Аль-Джами' аль-Азхар (По некоторым данным, он учился в самом престижном в то время исламском университете аль-Азхар и закончил его экстернатом с отличием). По настоянию крупного татаро-башкирского просветителя и педагога Зияуль Камали приехал в город Уфа, чтобы помочь ему в организации работы и как преподаватель первого Исламского университета в России, который он был намерен открыть в 1906 году.

Им написано множество книг по врачебной деятельности, среди которых труды на арабском, русском, немецком и других языках. Им был составлен словарь медицинских терминов.

В частности, его перу принадлежит работа «Энциклопедия медицинских знаний» - рукопись по медицине сохранившаяся до сегодняшних дней. Данное сочинение представляет собой практическое руководство для врача и посвящено описанию методов лечения различных болезней человека.

Сайфулла-кади занимался обширной медицинской практикой. В круг его исследований входили такие направления медицины как неврология, травматология, терапия, фармакология и другие. Имеются сведения об использовании им пенициллина задолго до признания его официальной медициной.

В 1904 году Сайфулла-Кади Башларов был избран в Государственную Думу Российской Империи.

С 1909 года по 1918 год он работал Муфтием Дагестана и Северного Кавказа. После установления Советской власти в Дагестане в 1918 г. Был назначен заведующим Отделом духовно-шариатских

дел Дагестанского военно-революционного комитета. В то время он пользовался огромным авторитетом в Дагестане.

Сайфулла-Кади Башларов был очень кротким и почтенным человеком, обладал феноменальной памятью и проницательностью. Он разяснял трудные вопросы, отвечал на вопросы, которые другие ученые не могли понять. Прочитав его ответы, можно было понять, что отвечающий является достигшим высокой степени в познании Аллаха. И истинный шейх Сайфулла бин Хусейн из Ницавкра, да смилуется над ним Аллах, собрал самые полезные знания и оставил нам об этих знаниях самые драгоценные сочинения, они увековечили его имя. Он оставил после себя учеников, достигших совершенства в тарикате. И благодаря им Тарикат распространился и сохранился до наших дней.

Научные труды в области медицины, написанные Сайфуллой-кади Башларовым являются предметом изучения не только в Дагестане и в России, но и за их пределами. В частности, в 2008 году в Махачкале была проведена Всероссийская научно-практическая конференция, посвященная наследию Сайфуллы-Кади Башларова. Помимо этого, издаются научные диссертации, сборники статей и книги, посвященные его жизнедеятельности.

В честь С.К. Башларова названы два исламских вуза в Дагестане, медицинский центр, мечети, в том числе и наш медицинский колледж.

Медицинский колледж им. Башларова - это инновационное образовательное учреждение среднего профессионального образования. За время своего существования, МК им. Башларова стал одним из высококвалифицированных СУЗов Республики Дагестан, готовящий базовую подготовку специалистов по четырем специальностям: «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Стоматология ортопедическая».

Открыты филиалы в городах Дербент, Избербаш, Кизляр и Хасавюрт. Имеются подписанные договоры на прохождение студентами производственной практики, со всеми медицинскими учреждениями республики.

На сегодняшний день в колледже обучаются около четырех тысячи студентов (3802) студентов.

С момента основания в МК им. Башларова стали работать специалисты с высокой квалификацией и педагоги высшей категории. Все преподаватели ССУЗа прошли профессиональную аттестацию. Преподавательский состав достигает до 200 человек. Среди них кандидаты наук, доценты, почетные работники общего образования РФ.

Стремление к высокой духовности и нравственности всегда было отличительной чертой нашего национального менталитета, и развитие студента в этом направлении всегда являлось важной задачей образовательного процесса колледжа.

Духовно-нравственное воспитание, как никакое другое, требует комплексного подхода. Мы учителя и врачи учим наших студентов лечить словом.

За время своего существования было подготовлено около 500 специалистов в области медицины, которые с высоким профессионализмом осуществляют свою трудовую деятельность в медицинских учреждениях г. Махачкалы, Республики Дагестан и ближнего зарубежья.

Наша цель – выпустить востребованных специалистов с высокой квалификацией, в основе профессиональной деятельности которых лежит глубокое чувство ответственности за свое дело и гуманизм.

ВАКЦИНАЦИЯ В ИСЛАМЕ

Абдурахманов Магомед Ибрагимхалилович

Муфтият РД, советник муфтия

Медики бьют тревогу в острых спорах как в жизни, так и в Интернет – пространстве ломаются копыя. В чем причина столь пристального внимания к прививкам? И почему вообще эта проблема заявила о себе во весь рост?

В начале, хотелось бы отметить, что проблему поднимают не только верующие различных религий, но и далекие от религии люди, причем в разных странах мира. Но в контексте с религиозными вопросами проблема звучит более остро и ярко, так как эта сфера одна из самых популярных в обществе, причем во многом благодаря сложившимся стереотипам.

В чем первопричина отказа от прививок? С развитием Интернета люди получили доступ к информации, в том числе, которая прежде была закрыта. Информация касается самого важного и ценного для любого человека – здоровья и жизни. Поэтому неудивительно, что проблема приобрела широкую популярность, особенно среди интернет-пользователей.

Подавляющая часть медицинских работников выступает за вакцину и пропагандирует ее применение, приводя научно доказанные факты и медицинские показатели. Со своей стороны противники вакцинации также выдвигают ряд аргументов, приводят примеры о побочных действиях, призывая людей отказаться от прививок вообще. При этом, согласно заключению экспертов всемирной организации здравоохранения большинство доводов «антивакцинаторов» не подтверждаются научными данными и характеризуются как тревожное и опасное заблуждение.

Нужно отметить, что никакая мировая или традиционная религия не запрещает и не ограничивает человека в вопросах профилактики здоровья, предупреждения болезней. И даже наоборот, призывает к бережному отношению к своему здоровью.

В Исламе, к примеру, запрета на вакцинацию не существует. По той простой причине, что данной проблемы не было при жизни пророка Мухаммеда. Однако, апологеты обеих сторон приводят религиозные тексты, связанные с данной проблемой только косвенно и призывают людей делать или не делать прививки. При этом устоявшейся религиозной фетвы – богословско-правового заключения и решения, сделанного для разъяснения и применения какого-либо предписания шариата – относительно того, является ли прививка харамом, нет. Поэтому призывать, основываясь лишь на косвенных религиозных текстах, неправильно. Из этого следует вывод, что первопричина отказа от вакцинации зачастую лежит не в религии, а в противоречивости мнений, бытующих в обществе.

Обратите внимание, что во всех исламских государствах метод вакцинации не запрещен и широко используется. Даже в Королевстве Саудовская Аравия не получивший прививку человек не сможет получить разрешение на совершение хаджа. Ни это ли просто доказательство того, что в Исламе вакцинация не является грехом?

Аналогичное отношение к вакцинации и в православии. Известно, что Русская православная церковь также никогда не благословляла отказ от медицинской помощи или вакцинации. Как отметил недавно в своей статье один из священников православной церкви Казахстана религиозные деятели тоже пациенты, поэтому он посоветовал своей пастве принимать взвешенные решения, советуясь со специалистами от медицины, думая, прежде всего, о здоровье детей.

Когда речь идет о медицинских проблемах, ученые должны проконсультироваться с врачами, прежде чем выдавать фетву, наш большой ученый, имам Навави (рахимаху Ллах) советовал поступать именно так. С точки зрения религии, допустимо подвергаться вакцинации, если она будет лишена элементов запретного (харама) прежде, чем прибегнуть к вакцинации, нужно проконсультироваться с врачом, который скажет – допустима ли она в данном конкретном случае.

Если вакцина содержит запретные компоненты, ее использовать недопустимо кроме крайних случаев, когда речь идет об угрозе для жизни, и нет подходящей альтернативы.

На недавнем заседании Исламского совета по фикху в Маскате [столице Омана] я, а также другие заслуживающие доверия ученые из этого Совета, сделали следующее важное заявление:

Во-первых, обязанностью каждого мусульманина является максимальное предупреждение вреда. Он не должен делать то, что может причинить ему вред или привести к его смерти. Всевышний Аллах говорит: " Расходуйте во имя Аллаха и не ввергайте себя собственными руками в гибель. Вершите добро, ибо, воистину, Аллах любит добродетельных" (Коран, 2: 195).

Он, Всевышний, также говорит: " О вас, которые уверовали! Не стяжайте имущества друг друга несправедливым путем, а только путем торговли по взаимному вашему согласию. И не убивайте друг друга. Воистину, Аллах милостив к вам" (Коран, 4: 29).

Далее, согласно сведениям, Амр ибн Аль-Аас (да будет он угоден Аллаху) совершил таяммум и вел своих сподвижников в молитве в одном из сражений, хотя он был в состоянии большого загрязнения и должен был искупаться. Его сподвижники раскритиковали его за это и сказали об этом Пророку (да благословит его Аллах и приветствует). Амр оправдал свой поступок перед Пророком (да благословит его Аллах и приветствует) таким образом: “О Посланник Аллаха! Это была очень холодная ночь, и я вспомнил слова Аллаха: “И не убивайте друг друга. Воистину, Аллах милостив к вам” (Коран, 4: 29). Услышав это, Пророк (да благословит его Аллах и приветствует) улыбнулся и ничего не сказал, что означает одобрение им (да благословит его Аллах и приветствует) того, что сделал Амр.

Есть правовая норма, гласящая, что вред необходимо предупредить в максимально возможной степени. Она выведена из хадиса Пророка: “Не должно быть ни вреда, ни ответного вреда” (Ибн Маджа, Ад-Даракутни и Аль-Хаким). Другая правовая норма по этому вопросу гласит, что предупреждение вреда должно предшествовать принесению пользы.

Во-вторых, родители обязаны в максимальной мере обеспечивать своих детей, в том числе всеми средствами медицинской защиты и профилактики, чтобы спасти их от пожизненных страданий.

Ведь дети, зараженные вирусом полиомиелита, сильно страдают физически и нуждаются в специальном уходе, не говоря уже о мучительных для них психологических и социальных эффектах этой болезни.

Если существует вакцина, которая может полностью предотвратить такую болезнь, родители должны стремиться ввести ее своим детям, чтобы воспрепятствовать их заражению этой болезнью. Если родители пренебрегли своей обязанностью в этом отношении, тогда они впали в грех оттого, что обрекли своих детей на пожизненную болезнь. Родители, которые так поступают, входят в категорию, упомянутую Пророком (да благословит его Аллах и приветствует): “Большим грехом для человека является пренебрежение (теми), за кого он отвечает” (Ахмад, Абу Дауд, Аль-Хаким, Аль-Байхаки от Абдуллаха ибн Амра).

Пророк (да благословит его Аллах и приветствует) также сказал: “[В Судный День] Всевышний Аллах спросит любого, кто отвечает за тех, кто пребывает под его опекой, исполнил ли он свои обязанности перед ними или же ими пренебрег” (Ибн Хибан).

В-третьих, власти каждой страны должны принимать законы и предпринимать меры по защите здоровья людей и, в частности, детей. Они включают не только гарантию лечения болезней, но и обеспечение средствами для их предотвращения. Как гласит народная молва, лучше предотвратить, чем долго лечить.

Что касается вакцины полиомиелита, то нет никаких доказательств того, что она включает нечистые элементы или вызывает бесплодие, и, следовательно, она не может считаться запрещенной к использованию.

Кроме того, по вопросу о возможности побочных эффектов этой вакцины и присутствия в ней нечистых элементов мы должны консультироваться с опытными специалистами-медиками. Эксперты/специалисты – это те, кто наверняка знает, что находится в области их специализации. Всевышний Аллах говорит: “Никто не сообщит тебе вести [об истине], как Сведущий” (Коран, 35:14).

Экспертами в этой области, то есть вакцины полиомиелита, является Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Мы обратились с вопросом в ее отделение в Египте, в штате которого числятся заслуживающие доверия и компетентные специалисты. Они сказали, что вакцина полиомиелита совершенно безвредна, и при этом она не включает нечистые элементы и не вызывает бесплодие. Напротив, экспериментально доказано – благодаря Всемогущему Аллаху – что она очень эффективна при защите от полиомиелита.

В-пятых, вакцина от полиомиелита использовалась в течение долгого времени во всем мире, включая более пятидесяти мусульманских стран, и, как оказалось, была очень эффективна при борьбе с болезнью. Ни один выдающийся ученый из университета Аль-Азхар, из Аль-Каравийн или из Священных Мечетей не возражал против использования такой вакцины.

Мог ли вред вакцины полиомиелита быть скрытым от всех известных ученых-мусульман во всем мире и быть обнаруженным только учеными из Кано? Да простит Аллах тех ученых из Кано и да наставит их. Но если они будут настаивать на своем отношении к вакцине полиомиелита, они навлекут на себя грех оттого, что причинят мусульманским детям большой вред и страдания, и воспрепятствуют эффективной международной кампании по преодолению этой болезни.

Кроме того, придерживаясь такой позиции, они искажают образ ислама и показывают его как такой, который противоречит науке и медицинскому прогрессу. Ислам полностью невиновен в том, что его изображают в таком искаженном виде. Напротив, он призывает к использованию обоснован-

ных методов медицинского лечения, когда это необходимо. А область медицины была объектом огромного внимания в исламской цивилизации.

Следовательно, мы призываем наших коллег-ученых из Кано пересмотреть свое отношение и отречься от фатвы, которую они издали без консультации со специалистами. Нет ничего плохого, если кто-то откажется от мнения, которое оказалось неправильным. Так, в источниках переданы слова Умара ибн Аль Хаттаба (да будет он угоден Аллаху), сказанные им Абу Мусе (да будет он угоден Аллаху): «Не смущайся пересматривать (и отвергать) суждение, которое ты дал вчера (коль тебе кажется, что оно было неверным), ибо правильное постоянно, и тебе, дабы исправиться, лучше вернуться к правильному, нежели настаивать на неправильном».

Если ученые Кано откажутся последовать совету их коллег-ученых в мусульманской умме, в чем я сомневаюсь, тогда я сам обращусь к жителям Кано и призову их прививать своих детей против полиомиелита согласно фатве большинства ученых-мусульман по этому вопросу. Всевышний Аллах знает лучше.

Каково шариатское заключение о прививках против менингита? Прививки дозволены. Иногда они могут быть желательными. И нет разницы между ними (прививками – прим. пер.) и между лечением после того, как человека постигла болезнь. Поистине Пророк, мир ему и благословение Аллаха, указал на лечение от колдовства и яда, до того, как они постигнут человека. Он сказал: «Кто будет есть каждый день утром семь фиников (сорта) аджва, то ему не навредят в этот день ни колдовство, ни яд». Передали аль-Бухари и Муслим. Это указание в хадисе подобно прививке против болезни, каким бы оно ни было. Аллаху известно лучше.

Каково правовое заключение в Исламе о прививках и вакцинации детей для укрепления их иммунитета? Существуют доказательства, указывающие на то, что иногда прививки могут принести вред организму, но они обязательны в некоторых странах. Это очень важная тема и многие люди не обладают полным пониманием данного вопроса. на этот вопрос ответил шейх Абдульазиз Ибн Баз, да смилостивится над ним Аллах: Можно ли прибегать к лечению до того, как постигнет болезнь, как, например, использование прививок? Он ответил: Нет проблем в лечении, если человек боится, что его постигнет болезнь из-за какой-нибудь эпидемии или же по другой причине, из-за которой он может заболеть. Нет проблем в принятии лекарств, для предотвращения болезни, которой он опасается. Посланник Аллаха, мир ему и благословение Аллаха, сказал: «Тот, кто покушает утром семь фиников Медины, тому не повредит ни колдовство, ни яд». Это из раздела предостережения от беды до ее наступления. Таким образом, если есть опасения в эпидемии (болезни) в городе, или в любом другом месте, то нет проблем делать прививки от нее. Это тоже самое, что и лечение от болезни, которая уже постигла человека.

А что касается вреда, которая постигает некоторых привитых, как высокая температура или временные осложнения, то подобный вред не берется в учет и является прощаемым в сравнении с большим вредом, который устраняется прививкой. А эти болезни причиняют явный вред человеку или становятся в этом причиной.

И общее правило шариата гласит, что выбирается меньшее из зол, чтоб уберечь от большего, когда выбор стоит перед большим и малым злом. Из книги «аль-Ашбах ва н-Назаир» имама ас-Субки.

Если же медицина установила, что какая-нибудь прививка наносит вред организму человека и этот вред выше, чем польза от нее, то в этом случае нельзя использовать эту прививку. Пророк, мир ему и благословение Аллаха, сказал: «Нельзя причинять вред ни себе, ни другим».

Таким образом, мы видим, что никто из ученых не запрещает прививки, хотя некоторые приводят фатвы, указывающие на их запретность. Запрет идет только в том случае, если медицина подтвердила наличие в прививке большего вреда, чем пользы. Но есть еще один вопрос, который беспокоит мусульман. Некоторые из прививок изготавливаются из мертвечины или из свинины, что еще хуже. Так что же делать в этом случае?

В качестве ответа на этот вопрос мы предлагаем вам ознакомиться со следующей фетвой.

Если же имеются сомнения относительно состава прививок и из чего они сделаны, то можно обратиться к доверенным специалистам в этой области из числа мусульман. Если будет в них установлено содержание наджаса, то недозволительно применять это как лекарство. Это основа. Но если наджас перешел полностью в другое состояние, таким образом, что и не осталось от него следа, то в этом случае нет проблем в использовании. Поистине, ученые указали, что наджас становится чистым при полном изменении его свойств. Если же он не изменился и есть другой препарат (чистый), то не дозволено употреблять неизменный. Однако разрешено использовать такой препарат, если нет заменителя. Этот вопрос (содержание неизменного наджаса – прим. пер.) нуждается в подробном разъяснении. Если риск заболевания без прививки больше вероятности того, что он не заболеет, и болезнь является серьезной, от которой можно умереть или серьезно пострадать, то дозволенность такой прививки (содержащей неизменный наджас – прим. пер.) становится очевидной и это состояние необходимости, к

которой дозволено прибегать в вынужденной ситуации. Всевышний Аллах сказал (смысл): «Он уже подробно разъяснил вам, что вам запрещено, если только вы не принуждены к этому» (Сура Скот, 119). Однако если вопрос так не стоит, то является очевидным, запрет применения прививок, в которых содержится явный наджас, который не изменил свои первоначальные свойства. Если вы сможете увидеть в ампуле с прививкой наджас, то в этом случае его нельзя применять, кроме как в случае, указанном в фатве. И так, приведя фатвы ученых, мы установили, что:

- Прививки не наджас. Прививки, в которых изначально присутствовал наджас (желатин, бычья кровь и т.п.) не является наджасом, если этот наджас изменил свои первоначальные свойства так, что в конечном продукте от него не осталось и следа.

- Положение прививок может быть разным, от дозволенного до обязательного – в зависимости от обстоятельств.

- Вред прививок не учитывается, если пользы от них больше (например, если у 2 из 10 имеются осложнения из-за прививок, но 8 остались здоровы, и их не постигла болезнь).

- Лечение болезни – сунна. Прививки имеют такой же правовой статус, как и лечение болезни.

- Прививки запрещены, если они приносят вред в общем порядке. Единичные случаи не учитываются. Перейдем от теории к практике. Все знакомы с болезнью под названием корь. Медициной установлено, что в не привитом обществе от кори умирает один ребенок из ста. А если общество привито, то у одного из тысячи могут быть осложнения после прививок. Это медицина. Что же говорит шариат? Шариат стоит перед выбором: умирает каждый сотый или допускается возможность осложнения каждого тысячного? Основываясь на своем правиле шариат, конечно, выбирает второе. А что делать, если каждый тысячный, у которого произошли осложнения, будет доказывать вред прививок? Ответ очевиден.

Чтоб узнать пользу от прививок и их вред, достаточно пообщаться с детскими инфекционистами. Думаю, если человек увидел бы как протекают инфекционные болезни, например, корь или коклюш, у привитого и у не привитого ребенка, то вопрос делать прививки или нет, напроочь отпал бы у любого родителя.

Противоречат ли прививки упованию на Аллаха?

Но мы позволим себе задать встречный вопрос: а что значит «упование на Аллаха»? Когда один из сподвижников спросил Пророка, мир ему и благословение Аллаха, привязать верблюда и затем уповать на Аллаха, или оставить верблюда и так уповать? На это он ответил: «Привяжи, а затем уповай». То есть, сначала создай причины, а затем уповай. Как указали ученые, прививки являются причиной лечения болезней до их наступления.

Они также говорят, что лечение не противоречит упованию на Аллаха, а наоборот, является подчинением приказу создавать причины. Пророк, мир ему и благословение Аллаха, сказал: «Каждый из вас является пастухом. И каждый будет спрошен за свою паству». Лечение своих детей является обязанностью родителей, и они отвечают за них. Если отец проявил халатность в лечении ребенка, вследствие чего ребенок пострадал или умер, то вся ответственность лежит на отце и ему придется отвечать за это в Судный День. То же самое касается и прививок. Если не привитый ребенок заболел и пострадал из-за болезни, которую можно было бы предотвратить прививкой или снизить риск заболевания, то вся ответственность лежит на отце, и он будет отвечать перед Аллахом за последствия проявленной халатности. Статья не призывает к тому, чтобы идти и делать прививки или полностью отказаться от них. Статья, а точнее слова и фатвы ученых, указывает на то, что прививки как таковые не являются запретными, даже если они причинили вред какой-то личности, но приносят пользу в общем. Что касается вреда и пользы прививок, тот тут нужно обращаться к специалистам мусульманам, в частности это вирусологи, а не педиатры, вот к ним и нужно обращаться, если человек искренен в своих намерениях. А ученые сказали свое слово.

Однако является ошибочным говорить о запрете прививок апеллируя тем, что от неверных ничего не принимается. В таком случае хотелось бы посоветовать этим людям отказаться от анестезии, операций и т.д., и вообще обходить стороной аптеки, как рассадник кафирской непроверенной информации.

Но вместе с этим, есть много ошибок и осложнений. И задача медиков очень серьезно относиться к вакцинам, не делать их всем подряд учитывать состояние ребенка, показания и противопоказания, следить строго за хранением и транспортировкой вакцин. И чтобы специалист по вакцинам инфекционист иммунолог, микробиолог объяснял людям научно о необходимости вакцинации.

ИСТОРИЯ ИСЛАМСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ЕЁ ВКЛАД В НАУКУ

*Амирханова Джамиля Омаровна
Магомедова Лейла Абдуловна*

Гуманитарно-педагогический колледж, Махачкала, Республика Дагестан, Россия

Основной целью исламской медицины и медицины научной является общество духовно и физически здоровых людей, и принципы их сходятся, – это сведение к минимуму всех опасностей, которые угрожают человеческому здоровью.

А Ислам – это источник здоровья и исцеления. В священном Коране содержатся самые необходимые сведения о строении организма человека, продолжении рода, о болезнях, о методах лечения... о смерти!

Медицина в Исламе играет особую роль.

Изучение этой науки является желательной и даже обязательной частью для каждого мусульманина. Получение знаний в этой сфере считается богоугодным делом.

Первое, что должен знать врач, то, что медицина – поклонение Творцу. И это поклонение он должен совершать наилучшим образом, добросовестно, во благо людям.

Эта одна из первых наук получивших распространение среди мусульман.

Медицина Пророка или исламская медицина – это лечение по сунне, которое основывается на том, что передано от Пророка Мухаммада будь это коранические аяты или пророческие хадисы. К лечению относится всё то, что описывал Пророк, отвечая на вопросы сподвижников об излечении от недугов. Медицина Пророка объединяет в себе всё то, что связано со здоровьем человека в течение жизни касательно его пищи, питья, жилья, женитьбы и так далее. Медицина Пророка содержит в себе законодательство, касающееся вопросов лечения, осуществления медицинской практики, ответственности врачей с точки зрения Ислама.

Учёные, занимающиеся составлением сборников хадисов, составляли отдельные разделы под названием «Раздел медицины», собирая в нём высказывания Пророка, касающиеся темы исламской медицины. Первым это сделал имам Малик в своём сборнике хадисов «аль-Мувата». Подобно имаму Малику, это сделали имам аль-Бухари, затем имам Муслим и другие собиратели хадисов.

Первым, кто составил отдельную книгу о медицине Пророка (мир ему и благословение), по словам историков, был Али ар-Риза ибн Муса аль-Казим (ум. 203 х./ 811 м.). Его книга представляла собой сокращённый трактат.

Затем была написана книга «Пророческая медицина», автором которой был аль-Малик ибн Хабиб аль-Андулуси (ум. 238 х. / 853 по м.). Он был факихом, мухаддисом, его называли алим Андалусии. Это была первая книга по медицине Пророка, в которой были упомянуты хадисы и делившаяся на разделы.

Считается, что первым, кто начал лечение по сунне Пророка (мир ему и благословение) был Абдуль-Латиф аль-Багдади (ум. 1231 по м.). Он был также учёным в области фикха и грамматики. Он написал книгу «Ат-Тибу мин аль-Китабива ас-Суннати» («Медицина на основе Корана и Сунны»).

Мусульмане получали знания о медицине посредством письменных данных персидских, индийских, ассирийских, греческих лекарей. Но довольно быстро врачи начали углублять свои знания, расширяя горизонт путем экспериментов.

В связи с местом их проживания и географическими условиями они сталкивались и с теми заболеваниями, о которых в греческих трактатах ничего не говорилось. В этой ситуации сами искали знания и вырабатывали особый подход к разного рода заболеваниям.

Их методы указывают на то, какое они придавали значение сохранению здоровья человека. Строго придерживаясь принципа Гиппократов «Не навреди».

А слова нашего любимого пророка Мухаммада «Ваше тело имеет на вас право» стали основополагающими в дальнейшем их развитии и достижений успехов в области медицины, гигиены и фармакологии.

Многие выдающиеся религиозные ученые – философы были развиты в медицине и внесли огромный вклад в его развитие. Что еще раз доказывает тот факт, что медицина идет рука об руку с религиозными науками. То есть, так же важна. Изучив трактаты древнегреческих врачей Гиппократов и Галена, они шагнули вперед и даже выявили ошибки и заблуждения своих предшественников.

Так, например, было установлено, что печень человека состоит не из четырех, а из трех долей.

Дамасский ученый Ибн ан – Нафис первым описал малый круг кровообращения и установил, что сердце человека состоит из четырех камер.

Книга короля медицины Ибн Сины (980-1037) "Аль-Канон" считалась основой медицины не только в исламском мире, но и в Европе. Лучшим доказательством этого является то, что эта книга, считавшаяся "медицинской Библией", в течение 600 лет служила учебным пособием в европейских университетах. Ибн Сина (Авиценна) был примером для европейцев также и в том, что является автором изобретений в 29 областях науки, включая медицину.

Аль-Рази (864-925) - врач, равный по глубине знаний Ибн Сине. По предположению некоторых исследователей, он впервые выделил и описал такие заболевания, как ветряная оспа и лихорадка. В его книге «Аль – Хави» (Компендиум) рассмотрено гораздо больше заболеваний, чем мы можем найти в трудах древнегреческих ученых.

Камбур Весим (ум. 1761) обнаружил микроб туберкулеза.

Мусульманские врачи в течение многих столетий были на передовых рубежах науки в области исследования глазных болезней. Ибн Рушд (1126-1198) был первым, кто изучил функции ретины - глазной ткани. Научный труд "Тезкира" знаменитого врача по глазным болезням Али бин Исы в течение многих столетий был единственным источником информации в этой области. Ученый-мусульманин по имени Аммар еще 9 веков тому назад использовал только ему известный способ хирургической операции на глазу.

Али бин Аббас (ум. 994) провел хирургическую операцию рака, соответствующую современному уровню хирургических операций; написанная им медицинская энциклопедия "Китабул-Малики" не потеряла своей актуальности и сегодня.

Ибнун-Нафис (1210-1288), описал малый круг кровообращения, приблизительно на 300 лет опередив европейских ученых, и подробно указал все особенности этого открытия в написанных им комментариях к книге Ибн Сины "Канон".

Первая больница была создана в 707 году во время правления халифа Валида бин Абдулмелика из династии Омеядов. Все затраты на содержание этой больницы осуществлялись за счет государства. Во избежание бегства прокаженных больных, им объявлялся арест, при этом прокаженные и слепые обеспечивались продуктами питания. И вот в то время, как на мусульманском Востоке проводились научные работы такого уровня, в Европе врачей считали шарлатанами, а больницы - прибежищем сатаны. Врачи, пытавшиеся проводить хирургические операции, подвергались гонениям.

Врачи стали хорошо развиваться в «болезнях души» и подходили к ним с профессиональной точки зрения. Знали, как сильно влияют на организм человека стрессы. И стали использовать изречения из Корана для того, чтобы укрепить надежду больного и его волю к выздоровлению. «Медицина Пророка» должна была стать альтернативой медицинских наук, базирующих на наследии греческих врачей.

Пророк Мухаммад, говорил:

«Для каждой болезни есть свое лекарство, и если лекарство соответствует болезни, то будет лечение по воле Всевышнего».

ОЦЕНКА РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СД В ПЕРИОД ПОСТА В СВЯЩЕННОМ МЕСЯЦЕ РАМАДАН

Ахундова Хумра Рамизовна

Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан

В связи с увеличением мусульманского населения и прогрессирующим увеличением сахарного диабета во всем мире, в последние годы проблема поста в священный месяц Рамадан больным СД стала весьма актуальна и обсуждаема. Масштабы этого заболевания увеличиваются в связи с изменением пищевого поведения и малоподвижным образом жизни. Статистика СД за 2017 года указывает на то что, 425 млн людей страдают этим заболеванием, а к 2045 году количество больных увеличится до 629 млн. Другая статистика показывает, что 23% населения земного шара составляют мусульмане, примерно 1,5 млрд человек. По данным 2016 года из них 148 млн. человек страдают сахарным диабетом. Пост в священный месяц Рамадан считается одним из пяти столпов ислама. Приблизительно 116 млн. мусульман придерживаются поста во время этого священного месяца. Исследование EPI-DIAR (The Epidemiology of Diabetes and Ramadan) за 2001 год указывает на то что 78,7% пациентов с СД типа 2 и 42,8% пациентов с СД типа 1 соблюдали пост не менее 15 дней в этом месяце. Данные исследования CREED указывают на то что, 94,2% больных СД типа 2 постились не менее 15 дней и 63,6% больных все 30 дней этого месяца. Учитывая риски данного заболевания нужен индивидуальный подход к больным сахарным диабетом во время поста и данные собранные из 13 мусульманских стран указывают на то что 50% больных делают изменения в схемах и дозах лечения во время поста.

Учитывая эти факты за 4 недели до начала поста больных СД делят на группы оценивающий риск для соблюдения поста. В группу очень высокого и высокого риска входят пациенты, у которых сахар натощак составляет $<60-70$ мг/дл или >300 мг/дл, лица, страдающие СД типа 1, пациенты с диабетической комой в анамнезе, пациентки с гестационным диабетом, пациенты с СД и язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в анамнезе, диабетики с ХБП и пациенты, находящиеся на диализе, пациенты с $HbA1c > 10\%$, а также пожилые люди, страдающие СД. При соблюдении поста средний и низкий риск у пациентов, находящиеся на монотерапии бигуанидами, принимающие препараты инкретинового ряда, агТПП-1 и иДПП-4, $HbA1c < 8$ и 7% соответственно.

При соблюдении поста на фоне СД, в результате долгого голодания в течении суток могут наблюдаться такие состояния, как гипогликемия, гипергликемия, диабетический кетоацидоз, а на фоне уменьшения объема принимаемой жидкости могут наблюдаться увеличение вязкости крови, ортостатическая гипотензия, синкопе, могут развиваться тромбоз и инсульт головного мозга.

Цель и задача эндокринолога оценить риск пациента с СД при визите к врачу за 4 недели до предполагаемого поста. Целесообразно предложить пациенту поститься под наблюдением врача с ежечасным измерением сахара в крови и оценки самочувствия. При необходимости нужно выбрать схему лечения с наименьшим риском гипогликемии и постпрандиальной гипергликемии. При соблюдении этих рекомендации можно добиться полного гликемического контроля в течении поста.

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Магомедова М.А., к.б.н., доцент

ФГБОУ ВО «ДГПУ», Махачкала, Республика Дагестан, Россия

Бахмудкадиева З.Н., аспирантка ДГПУ,

Медицинский колледж им. Башларова, Кизляр, Республика Дагестан, Россия

Цель исследования - изучение состояния здоровья взрослого населения Дагестана по экопатологиям.

Методы исследования: Для решения постановки поставленных задач и проверки исходных положений использован анализ литературных источников, сравнение, измерение, наблюдение, первичная и вторичная обработка данных. Кроме вышеперечисленных методов применялся популяционный метод. Он позволяет изучать распространение отдельных генов и хромосомных аномалий в человеческих популяциях. Популяционный анализ интересен и тем, что он помогает понять динамику генетической структуры различных популяций и способствует выявлению связей между ними. Разные популяции могут существовать различаться по своей генетической структуре, например, вполне четкие закономерности.

Общеизвестно, что здоровье является ключевой характеристикой человека, жизненно важным приоритетом, определяющим возможность реализовывать все его индивидуальные и социальные устремления[1]

Масса заболеваний человека происходит из-за загрязнения окружающей среды. Особенно подвержены воздействию органы, отвечающие за иммунитет, пищеварительную и дыхательную системы. Чтобы избежать этого, надо следить за состоянием среды, в которой мы живем.

1. Среди факторов, формирующих здоровье населения выделяют [2]:

наследственные (генетически обусловленные факторы, формирующие наследственные заболевания - гемофилию, дальтонизм, атаксию, альбинизм и др.);

эндемические (обусловленные биогеохимическими особенностями местности, приводящие к возникновению эндемических заболеваний - флюороз, кариес зубов, эндемический зоб, уролитиаз, стронциевый и молибденовый рахит и др.);

природно-климатические (характерные для определенных климатических зон, вызывающие рост простудных заболеваний в зоне холодного климата и кожных заболеваний - в условиях жаркого климата);

эпидемиологические (региональные особенности местности, приводящие, в частности, к возникновению природно-очаговых инфекций - гепатит, холера и др.);

профессиональные (факторы производственного процесса, способные привести к развитию профессиональных заболеваний);

социальные (питание, образ жизни, социальное благополучие);

психоэмоциональные (обусловленные воздействием на человека столь частых в последние годы экстремальных ситуаций);

экологические (связанные с загрязнением окружающей среды).

2. Заболевания так или иначе связанные с экологией, т. е. обусловленные определенными параметрами окружающей среды, могут быть представлены двумя группами[2]:

1) К первой относятся экологически обусловленные заболевания - заболевания человека, возникающие в результате воздействия экологической составляющей в качестве этнологии заболевания. К ним относятся эндемические заболевания; природно-очаговые инфекции; заболевания, обусловленные радиационным воздействием (лейкоз, злокачественные новообразования); острые и хронические отравления химическими выбросами в окружающую среду; злокачественные новообразования, обусловленные загрязнением окружающей среды канцерогенами; заболевания, обусловленные воздействием биологических факторов, в том числе лейкозы вирусного происхождения.

2) Вторую группу составляют наиболее многочисленные экологически зависимые заболевания - заболевания неспецифического характера, возникающие на фоне существенно измененной внешней среды.

При этом экологические причины выступают в качестве пусковых механизмов патогенетических механизмов.

3. Анализ общей заболеваемости по данным министерства здравоохранения и экпатологий следующих систем органов по Республике Дагестан показал, что больше всего представлены болезни следующих систем органов[3]:

1. Дыхательной
2. Пищеварительной
3. Сердечно-сосудистой
4. Центральнo-нервной
5. Мочеполовой
6. Инфекционные болезни
7. Эндокринной

Влияние человека на окружающую среду и наоборот неоспоримо. На сегодняшний день главной проблемой человечества является загрязнение атмосферы, почвы и водоемов. Некоторые районы нашей страны настолько загрязнены, что жить в них становится попросту опасно для человека. Виной всему деятельность человека. Цивилизация вместе с прогрессом принесла регресс человеческой души. Человек перестал, ценит то, что дала ему природа. Только малое число производств соответствует экологическим нормам. Повсюду производятся выбросы в атмосферу, реки и озера. Некоторые отходы не подлежат переработке и их закапывают в землю, где они тоже начинают влиять на природный баланс, отравлять землю и губить всё живое.

Человек, как разумное существо, должен больше внимания уделять созданию производств по переработке вредных отходов в нашей стране и природоохранным мероприятиям. Такие предприятия имеются, но они в основном в странах с хорошо развитым промышленным производством, но этого мало, так как они не справляются со всеми выбросами. Кроме того, идут поиски и внедрение альтернативных способов получения энергии и топлива, что позволит уменьшить тяжкий груз антропогенного воздействия на нашу планету.

Масса заболеваний человека происходит из-за загрязнения окружающей среды. Особенно подвержены воздействию органы, отвечающие за иммунитет, пищеварительную и дыхательную системы. Чтобы избежать этого, надо следить за состоянием среды, в которой мы живем.

ВЫВОДЫ:

1. Изучение частоты заболеваемости по экопатологиям взрослого населения Республики Дагестан может быть использовано как тест на загрязнение окружающей среды.
2. Проанализированные нами заболевания следующих систем органов: дыхательной, пищеварительной, сердечно - сосудистой, мочеполовой инфекционные болезни, эндокринной системы среди взрослого населения Республики Дагестан, являются болезнями из группы экопатологий, которые отражают неблагоприятное состояние окружающей среды.
3. Экопатологии среди взрослого населения с большей частотой представлены в городах, чем в сельских районах.

Литература

1. Кирпичев В.И. Здоровье индивида, здоровье населения // Экология и жизнь. 2006. №8.С. 30
2. Пивоваров Ю. П., Королик В. В., Зиневич Л. С. Гигиена и основы экологии человека: Учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений. 2006. С. 528.
3. Рахманин Ю.А., Новиков С.М., Румянцев Г.И. Экологически обусловленные ущербы здоровью от воздействия железнодорожного транспорта.2009 С. 25-28.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Бейбутова Аида Маликовна

*Дагестанский государственный университет народного хозяйства,
г. Махачкала, Республика Дагестан, Россия*

Проблема охраны здоровья матери и ребенка имеет стратегическое значение для здравоохранения. Одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем практического акушерства является невынашивание беременности [14]. По данным отдельных авторов частота невынашивания составляет 10–25% [1, 2, 4, 8, 10, 13, 14]. Таким образом, практически теряется каждая 4-я беременность, и этот показатель не имеет тенденции к снижению, несмотря на многочисленные и высокоэффективные методы диагностики и лечения, разработанные в последние годы. На долю недоношенных детей приходится свыше 50 % мертворождений, 70–80 % ранней неонатальной смертности, 60–70 % детской смертности. Недоношенные дети умирают в 30–35 раз чаще, чем доношенные, а перинатальная смертность при невынашивании беременности в 30–40 выше, чем при срочных родах [17]. Такие высокие показатели смертности среди недоношенных (до 28 недель (27 недель 6 дней)) связаны с выраженной незрелостью легких, глубокой недоношенностью, и экстремально низкой массой тела (до 1000 г) [9].

В настоящее время в практике активно используются репродуктивные технологии (стимуляция овуляции, экстракорпоральное оплодотворение), что значительно увеличило число многоплодных беременностей в мире и, особенно в крупных центрах. Более 20 % всех преждевременных родов связаны с многоплодной беременностью, как в сроки беременности 28–33 недели (20,2 % от всех преждевременных родов этого срока), так и в 34–37 недель (21,5 % от числа преждевременных родов этого срока) [2].

В последние годы в России имеет место повышение частоты преждевременных родов (варьирует от 7 до 15% беременностей) [3]. По данным Федеральной службы государственной статистики численность беременных, закончивших беременность преждевременными родами по тем или иным причинам в 2005 году составляла – 44,2 тысячи человек, в 2006 – 46,0 тыс., в 2007 году – 50,8 тыс., в 2008 – 53,3 тыс., в 2009 – 66,0 тыс., в 2010 – 62,4 тыс., в 2011 – 63,5 тыс., в 2012 – 75,0 тыс., в 2013 – 78,8 тыс, в 2014 и 2015 годах 76,7 и 76,9 тысяч человек соответственно [12]. Данные по 2015 году свидетельствуют о повышении частоты преждевременных родов на 74% по сравнению с 2005 годом.

В структуре невынашивания беременности самопроизвольный аборт (до 22 недель) составляет от 15 до 20%. Некоторые исследователи считают, что самопроизвольные выкидыши сопоставимы с естественным отбором, так как от 60 до 80% абортусов имеют хромосомные аномалии. На более поздних сроках хромосомная патология для пациенток с невынашиванием беременности менее значима, однако, структурные аномалии кариотипа встречаются в 10 раз чаще, чем в популяции и составляют 2,4% [1]. По мнению ряда исследователей в структуре причин синдрома потери плода наследственные и приобретенные дефекты свертывания крови составили от 45% до 75% [3].

Много исследований посвящено изучению факторов, влияющих на частоту невынашивания беременности. Среди них стоит выделить: иммунологические, нейроэндокринные, экстрагенитальные, инфекционные, тромбофилические, хромосомные аномалии, осложнения, связанные с беременностью, патология матки и социально обусловленные и др. [1, 5, 9, 11, 17, 19]. Многие из указанных факторов являются причинами не только преждевременных родов, но и аномалий родовой деятельности, несвоевременного излития околоплодных вод, внутриутробного инфицирования плода. Инфицирование плодного пузыря при неспецифическом вагините, бактериальном вагинозе, вагинальном кандидозе и других инфекциях приводит к его преждевременному разрыву, что является одним из наиболее частых осложнений преждевременных родов [4, 5, 12, 14]. Медико-социальная значимость преждевременных родов обусловлена относительно высокими репродуктивными потерями [2, 15, 16, 20]. В структуре материнской смертности за 2008 г. в России роженицы и родильницы составили 69,4%, из них умершие при преждевременных родах – 31,3%. Исследование показало, что преждевременные роды при их частоте в популяции 3,4% обуславливают 21,7% случаев смерти матерей. В связи с этим профилактика преждевременных родов является резервом снижения материнской смертности [18].

Значительная роль в невынашивании беременности принадлежит медицинским факторам, существующим до беременности: преждевременные роды в анамнезе, привычное невынашивание беременности, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, высокий паритет родов, аномалии мочеполовой системы, экстрагенитальная патология и др. [1, 2, 5].

Но наибольшее значение имеют медицинские факторы, возникшие при данной беременности это: истмикоцервикальная недостаточность (52%), внутриутробная инфекция, проявления фетоплацентарной недостаточности (48%), гестозы (40%), многоводие (39%) и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (27 %), воспалительные заболевания органов малого таза (7%), наличие рубца на матке (6%) и др. [3] По мнению западных специалистов, биопсия шейки матки вызывает риск преждевременных родов. Исследования показали, что преждевременные роды у женщин после лазерной биопсии шейки матки составили 38 % по сравнению с 6 % в обычных случаях [6]. По данным некоторых авторов, каждая 2-я роженица с преждевременными родами являлась первобеременной. Среди повторнородящих наибольший процент (54,4 %) составляют женщины с прерыванием беременности в сроки 28 нед. Риск возникновения преждевременных родов выше у незамужних женщин (15,6%), а также существует прямая зависимость преждевременных родов от искусственного прерывания беременности в анамнезе, что связано с осложнениями, возникающими после аборта. В анамнезе женщин с преждевременными родами отмечена высокая частота инфекционно-аллергических заболеваний в детском и зрелом возрасте. Среди этих заболеваний особое место занимает хронический тонзиллит с частыми обострениями (40,6 %) [4].

Основными социально-демографическими факторами, влияющими на прерывание беременности, остаются: низкий социально-экономический уровень жизни, неблагоприятные условия труда, наличие психотравмирующих ситуаций на работе и/или в семье, интенсивное курение (более 10 сигарет в день), употребление наркотиков, возраст младше 18 и старше 34 лет, национальная принадлежность [1, 2, 7].

Кроме этого проблема невынашивания беременности имеет психосоциальный аспект, так как рождение неполноценного ребенка, его болезнь, смерть является тяжелой психической травмой. У женщин, потерявших детей есть боязнь за исход последующих беременностей, чувство собственной вины, что приводит к снижению их жизненной активности, конфликтам в семье и отказу от последующих беременностей. В связи с этим, проблема преждевременных родов имеет не только медицинское, но большое социальное значение [15].

Среди психологических факторов, играющих роль в невынашивании, наиболее часто указываются личностные особенности женщин [6], нарушение материнско-детских отношений, неадекватные механизмы реакции на стресс. В свою очередь, в эндометрии обнаружены стрессовые гормоны, которые могут действовать местно, вызывая нарушение процесса децидуализации эндометрия и имплантации бластоцисты за счет регуляции апоптоза в Т-лимфоцитах микроокружения плодного яйца [7].

Таким образом, невынашивание беременности является одной из важных причин перинатальной заболеваемости и смертности во всем мире. Несмотря на множество научных исследований этого вопроса, частота преждевременных родов остается высокой.

Данная проблема заслуживает всестороннего изучения, в особенности обеспечение предгестационной подготовки супружеских пар с потерями беременности в анамнезе, тщательное мониторирование беременности в плане профилактики инфекционно-воспалительных осложнений, использование данных доказательной медицины при проведении вторичной профилактики угрожающих преждевременных родов и бережное родоразрешение с применением новых технологий по снижению неонатальной заболеваемости и смертности [9], изучения факторов риска для совершенствования лечебно-диагностических мероприятий, направленных на снижение количества самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов [5].

Литература

1. Айламазян, Э.К. Патогенез нормогонадотропной ановуляции / Э.К. Айламазян // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. - 1994. - № 1. - С. 46-55.
2. Ведищев С. И., Османов Э. М., Жернаков Е. В., Пышкина А. С., Жабина У. В. Медико-социальные аспекты невынашивания беременности // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. 2011. №16 (111).
3. Иванова А. Ю., Пахомов С. П., Головченко О. В., Лебедева О. П. Проблемы невынашивания беременности в Белгородской области // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. 2011. №22 (117).
4. Кулаков, В.И. Репродуктивное здоровье населения России / В.И.Кулаков // Акушерство и гинекология. - 2002. - № 2. - 4-7.
5. Малдыбаева Э.К. Оптимизация ведения преждевременных родов. Автореф. дисс. канд. мед. наук. - 2008. - 126 с.

6. Назаренко Ю.Г. Медико-социальные аспекты невынашивания беременности и пути профилактики. Автореф. дисс. канд. мед. наук. - 2006. - С. 20
7. Османов, Э.М. Влияние алкоголя на репродуктивное здоровье женщин. Вестник Тамбовского университета. Серия Естественные и технические науки / Э.М. Османов, А.С. Пышкина // Том 15, вып. 1, 2010. - С. 59-62.
8. Потапова С. В. Невынашивание беременности как медико-социальная проблема (распространенность, факторы риска, профилактика). Автореф. дисс. канд. мед. наук. - 2008. - С. 18
9. Преждевременные роды. Клинический протокол / колл. авт. ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова» Минздрав России, ИЗС; под ред. акад. Г. Т. Сухих. — М., 2014.
10. Радзинский, В.Е. Генетические и иммунологические аспекты привычного невынашивания беременности / В.Е. Радзинский, Е.Ю. Запертова, В.В. Мисник // Акушерство и гинекология 2005. - С. 24-29.
11. Репродуктивные потери (клинические и медико-социальные аспекты) / В.Н. Серов [и др.] - М.: «ТриадаХ». -1997.188 с.
12. Сайт федеральной службы государственной статистики. Состояние здоровья беременных, рожениц, родильниц и новорожденных
13. Сидельникова, В.М. Невынашивание беременности - современный взгляд на проблему / В.М. Сидельникова //Акушерство и гинекология, 2007, №5. С. 24-27
14. Сидельникова В. М. Невынашивание беременности / В. М. Сидельникова, Г. Т. Сухих. — М., 2010.
15. Сидельникова В.М. Иммунологические причины привычной потери беременности /В.М.Сидельникова, Т.Г.Сухих, В.М.Верясов // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». - М., 2004. -С.205.
16. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности /В.М.Сидельникова .-М: Триада-Х, 2002.-304 с.
17. Ткаченко Л.В., Костенко Т.И., Углова Н.Д., Шкляр А.Л. Невынашивание беременности // Вестник ВолГМУ. 2015. №1 (53).
18. Токова З.З., Тетруашвили Н.К., Ан А.В. Материнская смертность при преждевременных родах. Акуш и гинекол 2010; 6: 97-101.
19. Фролова, О.Г. Медико-социальные аспекты преждевременных родов / О.Г. Фролова, Н.А. Дурасова // Акушерство и гинекология, 2008, №3. - С. 48-50.
20. Этические и правовые аспекты акушерско-гинекологической помощи в современной России / В.И.Кулаков[и др.] // Акушерство и гинекология 2005. - С. 3-8.

ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПАРАМЕТРОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ВЛИЯЮЩИХ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ

Бейбутова Аида Маликовна

*Дагестанский государственный университет народного хозяйства,
г. Махачкала, Республика Дагестан, Россия*

Одним из важных медико-социальных и социально-гигиенических факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья человека, является питание. Вместе с физической активностью питание относится к элементам повседневного поведения и воспитания, влияющее на формирование здоровой личности с активной жизненной позицией. Основными принципами рационального питания являются полноценность и разнообразие пищевых продуктов, а также правильное распределение пищевого рациона в течение дня.

Дисбаланс пищевых веществ, энергии в рационе питания женщины, оказывает неблагоприятное воздействие на течение беременности, здоровье матери и ребенка [7]. Нерациональное и несбалансированное питание может быть одним из дестабилизирующих факторов, изменяющих функцию отдельных систем и организма в целом. Так, неправильный образ жизни, неблагоприятный психологический климат в семье, плохие материально-жилищные условия и другие социально-гигиенические факторы в сочетании с несбалансированным питанием, в 60% случаев являются одними из причин невынашивания беременности [2].

Неполноценное питание женщин на ранних сроках беременности может отразиться на формировании, росте и развитии плода. Дефицит железа, белка, витаминов существенно влияют на развитие фетоплацентарной недостаточности и в 16,2% случаев приводят к внутриутробной задержке роста плода [7].

Согласно новому направлению в организации питания – «предконцептуальной профилактике», правильное питание женщины до зачатия, позволяет предотвратить дефицит отдельных нутриентов при наступлении беременности [8]. Сбалансированное и рациональное питание, наряду с другими факторами, является одним из основных условий благоприятного течения беременности, родов, развития плода и новорожденного [3, 5].

Таким образом, целью настоящего исследования явилось изучение параметров образа жизни, в особенности характера питания девушек, способных повлиять на течение и исход предстоящей беременности. Оценку параметров мы проводили с использованием анкеты – опросника. В анкетировании принимали участие 205 девушек в возрасте от 16 до 29 лет. Анализ полученных данных показал, что 1/3 (29,7%) респондентов, это лица до 18 лет, 58% опрошенных являются городскими жителями, 86,8% указали, что имеют удовлетворительные жилищно-бытовые условия, 83,9% - удовлетворены своим материальным состоянием и 14,1% девушек имеют собственные семьи. В большинстве своем (80%) соблюдали правила личной гигиены, 87,8% случаев знакомы с основными параметрами здорового образа жизни, однако в 46,3% случаев указали, что периодически их нарушают. У 87,3% респондентов отмечается низкая физическая активность, что связано отсутствием привычки и необходимых навыков заботы о своем здоровье.

Более половины опрошенных (59,5%) указали, что часто не соблюдают режимные моменты, и 48,3% злоупотребляют газированными и энергетическими напитками, чипсами, сухарями и другими вредными продуктами питания. В большинстве случаев (64,8%) отмечено нерегулярное и несбалансированное питание, предпочтение отдается вторым блюдам (65,3%), чаще приготовленным на скорую руку (41,4%).

В основном рационе отмечается недостаточное потребление молочных (26,8%) и кисломолочных продуктов (22,4%), рыбы и морепродуктов (18,5%), зелени (28, 2%), и в 56,5% случаев предпочтения отдавали мучным продуктам и сладостям.

Было выявлено, что у 68,2% респондентов встречаются такие заболевания, как сколиоз, остеохондроз (35,1%), заболевания почек (23,4%), болезни пищеварительной системы (54,6%), заболевания ЛОР- органов (17,0%), патология женской половой сферы (кисты яичника, нарушения менструального цикла, гормональный дисбаланс и др.) (57,5%), железодефицитная анемия (78,5%).

В большинстве своем, причинами некоторых выявленных у девушек заболеваний являются расстройства питания и обмена веществ. Дефицит полноценных белков, витаминов и минеральных веществ в питании приводит к развитию железодефицитных состояний, а в дальнейшем осложнениям течения беременности и родов, развитию фетоплацентарной недостаточности у плода, развитию анемий у новорожденных детей, нарушению обменных процессов, приводящих к развитию патологиче-

ских состояний. Таким образом, железодефицитная анемия является своеобразным маркером качества жизни [9].

Следует отметить, что данные нарушения в организме женщин детородного возраста отмечаются среди беременных, наблюдающихся в женских консультациях. Так результаты собственных исследований показали, что структура экстрагенитальной патологии беременных представлена анемией (80,5%), болезнями мочеполовой системы (77,6%), болезнями щитовидной железы (72,9%), болезнями системы кровообращения (78,7%) [4].

Результаты многочисленных исследований доказали, что на здоровье ребенка оказывает огромное влияние не только питание беременной и кормящей женщины, но и рациональное питание матери и отца еще до его зачатия [6]. Так, по мнению некоторых авторов, в среднем у 10% девушек и 18% юношей 20-ти лет отмечается избыточный вес и ожирение, что в свою очередь способно повлиять на развитие плода и исход родов [1, 10]. Нарушения и неадекватность питания в период беременности могут привести к тяжелым последствиям: выкидышу, преждевременным родам, рождению ребенка с различными внутриутробными дефектами, отставанию в физическом и нервно-психическом развитии.

Важно, чтобы пища была максимально разнообразна и включала все группы продуктов. Особое внимание следует уделять вопросу достаточного содержания в рационе беременных (в первой половине) зелени, овощей, фруктов, ягод, так как они являются полноценными источниками витаминов и минеральных веществ. Во второй половине необходимо рацион разнообразить молоком и молочными продуктами, рыбой и морепродуктами и др. [8].

Однако, не всегда удается обеспечить полноценный рацион питания всем набором продуктов. С одной стороны, это обусловлено недостаточным вниманием к собственному питанию, особенностями привычки и отсутствием достаточных знаний, с другой различными социально-гигиеническими факторами.

Рост заболеваемости среди студентов во многом обусловлен употреблением некачественных продуктов питания, с одной стороны, и нехваткой времени, некомпетентностью в вопросах культуры питания, а также темпом современной жизни, что обуславливает неразборчивость в выборе продуктов питания.

Все эти факторы предопределяют риск развития разных видов акушерской патологии в будущем, который возможен: при наличии острых, хронических и инфекционно-аллергических заболеваний в детском возрасте и в период полового созревания, особенностях становления и характера менструальной функции, при ожирении и упадке питания (несбалансированное или недостаточное питание, заболевания и функциональные нарушения пищеварительных органов), в сочетании с доходом семьи, культурным уровнем женщины и ее бытовыми навыками [6].

Полученные результаты свидетельствуют о высокой распространенности социально-гигиенических, медико-биологических факторов риска развития патологии во время беременности, родов и послеродового периода.

Таким образом, рациональное питание является важным составляющим здоровья молодежи, так как обеспечивает оптимальную работоспособность, стойкость к воздействию неблагоприятных факторов и нормальное протекание процессов роста и развития. Изучение фактического питания позволяет установить наличие факторов риска, связанных с недостатками рациона, вредных пищевых привычек, повышающих вероятность нарушений в деятельности органов и систем, обосновать необходимые профилактические и оздоровительные мероприятия, обуславливает проведение санитарно-просветительной работы с целью информирования по вопросам здорового питания.

Литература

1. Аминова О.С., Уварова Ю.Е., Тятенкова Н.Н. Оценка фактического питания и пищевого статуса студентов // В мире научных открытий. Том 9. 2017. №1. С.66-72.
2. Асхабова Л.М., Омаров С-М.А., Махмудова Т.А. Эпидемиология невынашивания беременности. 2001. 228 с.
3. Бодяжина В.И. Акушерская помощь в женской консультации. М.: Медицина, 1983, С.52-54.
4. Бейбутова А.М. Организация и качество медико-социальной помощи беременным в городских женских консультациях: автореферат дисс... кан. мед наук. – Москва, 2011. – 23 с.
5. Голота В.Я., Радзинский В.Е. Женская консультация. – Киев: Здоров'я, 1983. – С. 82-87.
6. Делец С.С. Питание подростков как важный фактор формирования здоровья // Педиатрический вестник Южного Урала №2, 2015. С.20-24.
7. Мамонова Л.Г. Современные проблемы питания беременных женщин // Вопросы современной педиатрии. 2006. Том 5. №4. С.104-106.

8. Мачулина Л.Н. Влияние питания беременной и кормящей женщины на здоровье ребенка // Проблемы общественного здоровья и реформирование здравоохранения №2. 2011. С. 65-67.
9. Рахманов Р.С., Потехина Н.Н. Питание как фактор профилактики репродуктивных потерь и воспроизводства здорового поколения // Вестник РГМУ, 2013, №5-6, С. 68-72
10. Сетко А.Г., Каштанова С.Г., Тришина С.П. и др. Особенности функционирования органов и систем студентов медицинского вуза при недостаточной нутриентной обеспеченности // Здоровье населения и окружающая среда. 2013. №6 (243). С. 7-9.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Латфуллина Лилия Талгатовна

ГАПОУ «Казанский медицинский колледж», Казань, Республика Татарстан, Россия

В настоящее время законодательная база о дополнительном образовании в Российской Федерации включает Конституцию РФ, Закон РФ «Об образовании» и другие федеральные законы и нормативно-правовые акты субъектов Российской Федерации в области дополнительного образования.

Согласно ч. 2 ст. 10 Федерального закона №273-ФЗ образование подразделяется на общее, профессиональное, дополнительное образование и профессиональное обучение, обеспечивающие возможность реализации права на образование в течение всей жизни.

Приказ Министерства образования и науки РФ от 1 июля 2013 г. №499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам» устанавливает правила организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам организациями, осуществляющими образовательную деятельность.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 августа 2012 г. №66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях» определяет порядок и сроки совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях.

К освоению дополнительных профессиональных программ допускаются лица, имеющие среднее профессиональное образование и лица, получающие среднее профессиональное образование. В 2017 году в отделе дополнительного профессионального образования (ОДПО) ГАПОУ «Казанский медицинский колледж» было обучено 7564 человек со средним медицинским образованием и 194 человека, получающих среднее профессиональное образование (студенты колледжа).

В соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» дополнительное профессиональное образование в Казанском медицинском колледже осуществляется посредством реализации дополнительных профессиональных образовательных программ (программ повышения квалификации и программ профессиональной переподготовки).

Реализация программы повышения квалификации направлена на совершенствование и (или) получение новой компетенции, необходимой для профессиональной деятельности, и (или) повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации. Реализация программы профессиональной переподготовки направлена на получение компетенции, необходимой для выполнения нового вида профессиональной деятельности, приобретение новой квалификации.

Содержание реализуемой дополнительной профессиональной программы должно учитывать профессиональные стандарты, квалификационные требования, указанные в квалификационных справочниках по соответствующим должностям, профессиям и специальностям, или квалификационные требования к профессиональным знаниям и навыкам, необходимым для исполнения должностных обязанностей, которые устанавливаются в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами РФ.

Структура дополнительной профессиональной программы включает цель, планируемые результаты обучения, учебный план, календарный учебный график, рабочие программы учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей), организационно-педагогические условия, формы аттестации, оценочные материалы и иные компоненты. Учебный план дополнительной профессиональной программы определяет перечень, трудоемкость, последовательность и распределение учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей), иных видов учебной деятельности обучающихся и формы аттестации.

При реализации организацией дополнительных профессиональных программ может применяться форма организации образовательной деятельности, основанная на модульном принципе представления содержания образовательной программы и построения учебных планов, использовании различных образовательных технологий, в том числе дистанционных образовательных технологий и электронного обучения. В ОДПО КМК применяются программы ДПО, основанные на модульном принципе построения программ.

Формы обучения и сроки освоения дополнительной профессиональной программы определяются образовательной программой. Срок освоения дополнительной профессиональной программы должен обеспечивать возможность достижения планируемых результатов и получение новой компетенции (квалификации), заявленных в программе. При этом минимально допустимый срок освоения программ повышения квалификации не может быть менее 16 часов, срок освоения программ профессиональной переподготовки – менее 250 часов. Например, в колледже проводится обучение по программе профессиональной переподготовки для главных медицинских сестер медицинских организаций (программа обучения рассчитана на 504 часа, разработана в соответствии с Приказом МЗиСР РФ от 23 июля 2010 г. №541н). Программа реализована по запросам медицинских организаций. За 2017 год по этой программе прошли обучение 204 человека.

Казанский медицинский колледж осуществляет обучение слушателей в соответствии с Госзаданием, формируемым на основе анализа количества заявок медицинских организаций Республики Татарстан. Кроме того, наша образовательная организация осуществляет обучение по дополнительным профессиональным программам на основе договора об образовании, заключаемого со слушателем. Договор может быть заключен как с физическим, так и с юридическим лицом.

Дополнительная профессиональная программа может реализовываться полностью или частично в форме стажировки. Стажировка осуществляется в целях изучения передового опыта, в том числе зарубежного, а также закрепления теоретических знаний, полученных при освоении программ профессиональной переподготовки или повышения квалификации, и приобретение практических навыков и умений для их эффективного использования при исполнении своих должностных обязанностей. Сроки стажировки определяются организацией самостоятельно, исходя из целей обучения.

Освоение дополнительных профессиональных образовательных программ завершается итоговой аттестацией обучающихся.

Деятельность отдела ДПО КМК направлена на выявление реальной потребности в ДПО специалистов со средним медицинским образованием РТ; формирование перспективных и текущих планов ДПО средних медицинских работников Республики Татарстан; выполнение плановых показателей ДПО средних медицинских работников Республики Татарстан; проведение количественного и качественного анализа состава средних медицинских работников Республики Татарстан. В колледже сложилась определенная маркетинговая стратегия, позволяющая эффективно проводить маркетинговые мероприятия, на основе которых Колледж строит свои долгосрочные планы, проводит анализ структуры рынка труда СМР, прогнозирует тенденции его дальнейшего развития. Анализ кадровой структуры здравоохранения РТ проводится с использованием современных компьютерных технологий на основе базы данных о специалистах отрасли. Это позволяет обеспечить достоверность информации о требованиях к компетенциям специалистов со средним медицинским образованием, выявлять реальную потребность в подготовке кадров среднего медицинского персонала на всех уровнях их подготовки, в т.ч. по обучению по программам ДПО.

Кроме этого, отдел ДПО разрабатывает и реализует примерные программы профессиональной переподготовки, повышения квалификации средних медицинских работников на основании установленных квалификационных требований, профессиональных стандартов; организывает и проводит циклы повышения квалификации и профессиональной переподготовки средних медицинских работников РТ в соответствии с учебными программами ДПО; улучшает материально-техническое и технологическое обеспечение образовательной деятельности.

В организации учебной деятельности и в проведении совместных мероприятий отдел ДПО использует опыт профессорско-преподавательского состава ГБОУ ВПО «КГМУ» МЗ РФ, КГМА – ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, а также сотрудничает с Федеральным государственным учреждением здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан», Территориальным управлением Роспотребнадзора, Всероссийским учебным научно-методическим центром МЗ РФ, со средними медицинскими образовательными учреждениями РТ и РФ. Партнеры образовательной деятельности определены приказом МЗ РТ, отношения строятся на договорной основе.

ЖИЗНЬ И ТВОРЧЕСТВО АВИЦЕННЫ ГЛАЗАМИ ПОТОМКОВ

Мамедов Мехман Ниязиевич

*ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр
профилактической медицины Минздрава, Москва, Россия*

«Лучше ошибаться вместе с Галеном и Авиценной, чем быть правым, поддерживая других», – в этих словах Микеланджело не только признание одного гения другим, но и свидетельство того огромного влияния, которое, спустя почти шесть веков, продолжали оказывать труды Ибн Сины на умы передовых людей. Неслучайно в «Божественной комедии», сюжет которой многие исследователи связывают с повестью Ибн Сины «Живой, сын Бодрствующего», Данте «встречает» Ибн Сину в кругу великих врачей: «Там Гиппократ, Гален и Авиценна» [1].

Всеобъемлющий энциклопедист, глубокий философ, выдающийся врач, государственный деятель, талантливый поэт, гениальный ученый – таким мы видим Ибн Сину. Ибн Сина сумел творчески проявить себя едва ли не во всех отраслях науки и культуры.

В скитаниях, многочисленных вольных и невольных путешествиях Ибн Сина накопил огромный материал для размышлений. Оживленные города с их ремесленными кварталами и пустыни с их караванными путями, жизнь крестьянина и многолюдные базары и караван-сарай, дворец везира и подземные тюрьмы – все это дало ему множество наблюдений, которые он умело использовал. Возможно, поэтому труды Ибн Сины поражают не только разнообразием литературных источников – творений мыслителей и исследователей Греции и Рима, Индии и Китая, но и обилием взятого из жизни материала, подвергнутого научной обработке [2].

Жизненный путь Ибн Сины

Абу Али ал Хусейн ибн Абдаллах ибн ал-Хасан ибн Али Ибн Сина, прославившийся в Европе под именем Авиценны, родился в 980 г. в небольшом селении Афшана близ Бухары [3]. «Отец мой, – писал Ибн Сина в своей биографии, – был из Балха и приехал оттуда в Бухару во дни (правления) Саманида Нух ибн Мансура и занялся там работой в диване – канцелярии. Ему предоставили управление Хармайсаном, центром одного из бюликов (районов) в окрестностях Бухары. Из Афшаны, одного из ближних селений, он взял себе в жены мою мать по имени Ситара – Звезда. Там же и родились сначала я, а затем мой брат». Последняя часть его имени Ибн Сина в Европе была искажена – произносилась Авенсина и далее превратилась в Авиценну. «Сина» в переводе с дари означает «сверлильщик жемчужин».

Бухара – столица Саманидского государства в X веке была одним из богатейших городов Востока. Многочисленные кварталы ремесленников – гончаров, ткачей, строителей, кровельщиков, ювелиров – делали Бухару крупным торгово-ремесленным центром. Славилась своими ремеслами и вели оживленную торговлю также Самарканд, Мерв, Гургандж (Ургенч), Герат, Бинкет (Ташкент). Караванная торговля связывала Бухару со многими странами. Знаменитая «Шелковая дорога» шла через Бухару – от Багдада до Пекина. Бухара также являлась значительным культурным центром. В ней были школы, знаменитая библиотека, много выдающихся построек, благоустроенных кварталов. Особого расцвета культурная жизнь Бухары достигала в X веке. В это время здесь жили поэты и ученые, имена которых еще при жизни были известны далеко за пределами их родины. В Бухаре бывали Рудаки, Дакики, Шахид Балхи и создатель «Шах-намэ» Фирдоуси [4]. Именно в этот период культурного и политического возрождения Средней Азии началась деятельность гениального среднеазиатского ученого, одного из крупнейших мыслителей и врачей средневековья Абу Али Ибн Сины.

Выдающиеся способности мальчика были рано замечены. После десяти лет отец взял его из школы, и дальнейшее образование подросток получал, занимаясь с приходящими на дом учителями. Он усиленно изучал математику, физику, законоведение, логику, астрономию, философию, географию и многое другое [5].

Обстановка в семье способствовала духовному развитию юноши. «Отец его любил наслаждаться пением мемфисских певцов и беседами с учеными и собирал их для этих бесед о нравах и событиях в Мемфисе в присутствии своих сыновей, что доставляло большое наслаждение Авиценне; последний не только слушал, но и хорошо запоминал все, о чем говорили. Часто на этих беседах речь шла о философии, архитектуре и вопросах искусства, и всему этому Авиценна учился у них.»

Медициной Ибн Сина заинтересовался очень рано. «Затем я пристрастился к науке врачевания, – говорится в автобиографии, – и стал читать книги, посвященные ей. А медицинская наука не из трудных наук, и, конечно, я преуспел в ней в кратчайшее время, так что известнейшие врачи того времени стали приходить ко мне за советом. Посещал я и больных, и в результате достигнутого мною опыта открылись передо мною такие врата исцеления, что это не поддается описанию. И при всем

при этом я не переставал изучать и фикх и участвовал в диспутах по нему. А было мне в это время шестнадцать лет.

В автобиографии Ибн Сина вспоминает: «Однажды он (эмир) заболел, и врачи не могли определить его болезнь. Имя мое было известно им благодаря (моей) начитанности. И они рассказали ему обо мне и попросили вызвать меня. Я явился и участвовал вместе с ними в лечении (Нух ибн Мансура) и отличился на этой службе ему». Чем был болен эмир и как его лечил Ибн Сина, точно не известно. Известно лишь, что лечение помогло, и Нух ибн Мансур благополучно правил Бухарой еще год. Известно также, что в награду за излечение Ибн Сина получил доступ в знаменитое книгохранилище Саманидов [2].

К 20 годам молодой Ибн Сина знал все, чем владела наука того времени.

В 999 г. Умер Абдаллах ибн Хасан, и на плечи Ибн Сины легла забота о семье. Но к семье бывшего исмаилита относились с подозрением. Положение Ибн Сины было непрочно и опасно, и он принял решение переехать в Гургандж, столицу Хорезма. Хорезмийский период – важнейший в жизни Ибн Сины. Если в Бухаре он завершил образование и начал самостоятельную творческую деятельность, то в годы пребывания в Гургандже окончательно сформировались его философские, естественнонаучные и медицинские воззрения. Приехав в Хорезм молодым и подающим надежды философом и врачом, он покинул его зрелым мыслителем, ученым, имя которого было уже широко известно в государствах Востока.

Хорезм, куда Ибн Сина прибыл около 1000 г., переживал период экономического и культурного подъема. Хорезмшах Мамун II ибн Мамун покровительствовал наукам. При его дворе собралась группа выдающихся ученых Средней Азии, составляющих «маджилисиулама» (собрание ученых), названное впоследствии «Академией Мамуна». Признанным главой «Академии» был гениальный хорезмийский ученый-энциклопедист Абу Рейхан Беруни, прославившийся трудами по математике, физике, астрономии, географии, геологии, фармакогнозии, этнографии, филологии и истории. В состав академии входили такие выдающиеся ученые того времени, как математик, астроном и врач Абу Сахл Иса Яхья ал-Масихи, медик Абу-л-Хасан ибн Хаммар, математик Абу Насар Аррак, историк Ибн Мискавейх и др.

Годы пребывания в Гургандже были исключительно плодотворными. Здесь началась педагогическая деятельность Ибн Сины, обучавшего многочисленных учеников медицине и философии. Здесь была заложена основа двух главных трудов его жизни: философской энциклопедии «Книга исцеления» и медицинской энциклопедии «Канон врачебной науки». Однако плодотворная работа в Гургандже была прервана в 1012 г. вмешательством султана Махмуда Газневи (998 – 1030 гг.). В письме к хорезмшаху он требовал, чтобы выдающиеся ученые были отправлены из Гурганджа к его двору, чтобы он «также имел честь воспользоваться их беседой».

Долгие годы, преследуемый Махмудом Газневи, Ибн Сина скитался из одного феодального княжества в другое. Он побывал в Гургане, Рее, Хамадане, Исфагане. С горечью говорит он о своей судьбе изгнанника в касыде, написанной в Джарджане (ответ его Махмуду). Она начинается словами: Когда я стал велик, не хочет принять меня ни одна страна. Когда безмерно возросла моя цена, не нахожу я себе покупателя.

В Хамадане, куда Ибн Сина попал после Гургана и Рея – родины Рази, он пробыл почти шесть лет. Ему покровительствовал эмир Хамадана – буидский князь Шемс ад-Даула. По его настоянию Ибн Сина принял пост визира и много времени уделял государственным делам.

Политика, которую пытался проводить Ибн Сина как визир, и его влияние при дворе вызвали недовольство мусульманского духовенства и приближенных эмира. Одна дворцовая интрига едва не закончилась для Ибн Сины трагически. Войска правителя Хамадана, не получая обусловленной платы и обвиняя в этом Ибн Сину, подняли восстание. Был разгромлен его дом и требовали его жизни. Однако правитель Хамадана не выдал Ибн Сину, но все же вынужден был сместить его с должности визира. Ибн Сина 40 дней скрывался и вновь был назначен визиром после того, как опасно заболевший правитель вызвал его к себе с тем, чтобы Ибн Сина его вылечил.

Последние 13 лет жизни Ибн Сина провел в Исфагане в условиях, позволивших ему целиком отдаться творческой работе. Творческая продуктивность характерна для любого периода жизни Ибн Сины, но особенно много сделал он в этот сравнительно спокойный промежуток своей жизни в Исфагане, окруженный заботой и почетом. Здесь он окончательно завершил работу над «Каноном врачебной науки», написал много работ по языкознанию, в том числе знаменитую «Книгу арабского языка» в 10 томах, труды по математике и философии [3, 5].

Легенда утверждает, что однажды, обратясь к Ибн Сине за разъяснением неясного для него вопроса, эмир, улыбаясь заметил: «Я обращаюсь к такому же эмиру, как я сам. Абу Али – повелитель ученых, как я – повелитель простых смертных...»

Жизнь его продолжалась 58 лет, а смерть его произошла в 428 году. По юлианскому летосчислению Ибн Сина скончался 18 июня 1037 г.

Творческое наследие Ибн Сины: от философии до медицины

Всего Авиценна написал более 450 тр Всемирный день поэзии

Философия Ибн Сины – своеобразный итог развития философии народов Средней Азии и арабского Востока. Продолжая и развивая традиции восточного аристотелизма в области метафизики, гносеологии и логики и отчасти онтологические концепции неоплатонизма, Ибн Сина стремился связать основные положения своего учения с естественнонаучными фактами, вернуть человечеству Аристотеля – натуралиста, противопоставить теологическим измышлениям знания о природе, разбудить творческую исследовательскую мысль [7].

Философии Ибн Сины принадлежит заметная роль в разграничении религии и науки, что явилось важным этапом в освобождении науки от власти религии. Существование Бога Ибн Сина признавал, но могущество его считал ограниченным. Бог не всемогущ, он обладает только способностью привести в действие возможное само по себе – частные явления в жизни независимы от божественного провидения. Материя не ведет начало от Бога, она не была создана богом. Мир возник как эманация бога, но не по его воле, а в силу независимой от бога необходимости. Э. Ренан удачно определил отношение Ибн Сины к богу: «Бог, будучи абсолютным единством, не может иметь непосредственного воздействия на мир. Он не вмешивается в течение отдельных вещей: будучи центром колеса, он позволяет периферии катиться по своему усмотрению» [8].

Большой заслугой Ибн Сины следует также считать обогащение им приемов и путей познания. Он различал четыре степени постижения: 1) постижение чувствами, 2) постижение воображением (здесь взгляды его совпадают со взглядами Аристотеля), 3) мыслительная оценочная способность (это уже от Ибн Сины) и, наконец, 4) образование общих понятий, так называемых универсалий.

В области химии Авиценна открыл процесс перегонки эфирных масел. Умел добывать соляную, серную и азотную кислоты, гидроксиды калия и натрия.

В астрономии Авиценна критиковал представления Аристотеля о том, что звёзды отражают свет от Солнца, утверждая, что звезды светятся собственным светом, однако, полагал, что и планеты также светятся сами. Он внёс значительный вклад в развитие теории вложенной (или запечатлённой) силы – средневековой теории движения, согласно которой причиной движения брошенных тел является некоторая сила (позднее названная импетусом), вложенная в них внешним источником. По его мнению, «двигатель» (рука человека, тетива лука, праща и т. п.) сообщает движущемуся телу (камню, стреле) некоторое «стремление», аналогично тому, как огонь передаёт тепло воде. В роли двигателя может выступать также тяжесть. В понимании предмета метафизики Ибн Сина следовал Аристотелю. Ибн Сина различает возможно сущее, существующее благодаря другому, и абсолютно необходимо сущее, существующее благодаря себе. Ученый утверждал совечность мира Творцу [3].

Творение в вечности мыслитель объяснял с помощью неоплатонического понятия эманации, обосновывая, таким образом, логический переход от первоначального единого к множественности сотворенного мира. Ибн Сина также разработал своё собственное учение о темпераменте и характере человека. Согласно его учению натура человека делится на четыре простых вида: горячая, холодная, влажная и сухая (что в современной психологии соответствует четырём темпераментам). Эти натуры не являются стабильными, а изменяются под воздействием внутренних и внешних факторов, таких как метеорологические условия и смена времен года. Многие серьезные научные работы Ибн Сина писал в виде поэм, используя четверостишия. В частности, в такой форме написаны «Трактат о любви», «Трактат о птицах» и некоторые другие произведения. Есть среди его творчества и лирические стихотворные произведения – четверостишия и рубаи. В своих поэмах Ибн Сина большое внимание обращает на сохранение здоровья человека, уделяет внимание предотвращению болезней, дает советы, которые не утратили своего значения и в наше время. Он пишет о гигиене, еде, об обращении с больными и т. д.

Энциклопедический труд Ибн Сины «Книга исцеления» («Китаб аль-Шифа») посвящён логике, физике, биологии, психологии, геометрии, арифметике, музыке, астрономии, а также метафизике [9].

Основными медицинскими произведениями Ибн Сины являются «Канон врачебной науки» (или Канон медицины, «Китаб ал-Канун фи-т-тибб»), «Лекарственные средства», «Удаление вреда от разных манипуляций посредством исправлений и предупреждений ошибок», «О пользе и вреде вина» (самый короткий трактат автора), «Трактат о пульсе» «Трактат о сексуальной силе», «Мероприятия для путешественников», «Трактат о укусомёде» и «Кровеносные сосуды для кровопускания». Его «Поэма о медицине» («Урджуса фит-тиб») также является поэтическим изложением физиологии, заболеваний и лечения человека [10-12].

"Канон врачебной науки" снискал Ибн Сине мировую известность. Это произведение, сохранившееся до наших времен, одно из главных медицинских трудов Ибн Сины, является сочинением энциклопедического характера, в котором предписания античных медиков осмыслены и переработаны в соответствии с достижениями медицины того времени. Две книги «Канона» из пяти, посвящены описанию лекарственного сырья, лекарственных средств, способам их изготовления и употребления. Из 2600 лекарственных средств, описанных в «Каноне», 1400 – растительного происхождения. Необходимо подчеркнуть, что Канон врачебной науки в XII веке был переведен на латинский язык, около 30 раз переиздавался на нескольких европейских языках. До конца XVII века оставался основным учебником для студентов и руководством для врачей [13-16].

Неоднозначная оценка трудов Ибн Сины современниками

Подводя итоги изучению влияния Ибн Сины на литературу, Б.Э.Бертельс писал: «Авиценна – это незримый очаг подземного огня, питающий целую цепь огнедышащих вершин». В учебнике профессора Падуанского университета Феррари, изданном в 1471 г., Ибн Сина цитируется 3000 раз, Гален 500, а Гиппократ – только 140 раз. Другие давали ему резко отрицательную оценку. Например, Авензоар (1070-1164 гг.) назвал труды Ибн Сины «порчей бумаги», а Арнольд из Вилланоны именовал их «писаниной».

Один из возлюбленных приемов – попытка доказать отсутствие в трудах Ибн Сины чего-либо нового и оригинального, изобразить его лишь как добросовестного комментатора древних. Не менее резкие суждения высказывает и А. Кастильони, утверждая, что «наблюдения Ибн Сины для Востока, а также и для Запада стали примером схоластического догматизма, основанного скорее на разностороннем культурном развитии, упорстве и замечательном изложении, чем на глубоких знаниях, приобретенных собственным опытом».

Оценка творчества и трудов Ибн Сины спустя столетия

Наследие Ибн Сины было хорошо изучено как в Ближнем Востоке, так и в Европе. За последние 40 лет основные труды ученого были переведены и переизданы, опубликованы свыше 100 научных статей, посвященных анализу работ ученого, а также проведены десятки конференций [17].

Во всем мире высоко чтут память великого ученого и врача. В Иранском Хамадане, где в последние годы своей жизни жил и затем похоронен Ибн Сина, действует музей с рукописями и богатым фондом экспонатов. АН Узбекистана регулярно проводит различные мероприятия, приуроченные деятельности и научному наследию Авиценны. В его честь названы Таджикский государственный медицинский университет и горная вершина, ранее известная как пик Ленина. В Душанбе в честь Авиценны названа площадь и установлен памятник (автор – азербайджанский скульптор Омар Эльдаров). Именем Ибн Сины названы улицы в Самарканде, Бухаре, Иерусалиме и Донецке. В Турции некоторые крупные медицинские учреждения носят имя Авиценны.

В честь Ибн Сины Карл Линней назвал род растений семейства Акантовые — Авиценнии. Его именем назван кратер на Луне и программа, созданная IBM для автоматического исследования кардиограмм и рентгеновских снимков молочной железы.

Неудивительно, что для своих книг и фильмов многие писатели и режиссеры выбирают центральным персонажем такую личность, как Абу Али ибн Сина. Наиболее известным произведением является книга Ноя Гордона «Ученик Авиценны», опубликованная в 1998 г. и экранизированная в 2013-м Филиппом Штёльцлямом. К теме жизни ученого обратился и испанский писатель Э. Теодоро. Его роман называется «Рукопись Авиценны» и повествует об отдельных эпизодах жизни ибн Сины.

По призыву Всемирного Совета Мира в 1952 году, во всех странах мира отмечалось тысячелетие со дня рождения Ибн Сины по мусульманскому летосчислению. К юбилейной дате вышел в свет первый том «Канона врачебной науки», перевод которого был осуществлен Академией наук Узбекской ССР при участии Академии медицинских наук СССР. Большой международный конгресс состоялся в 1954 году в Тегеране, которое сочеталось с открытием мавзолея и памятника. Среди участников этого конгресса были крупнейшие востоковеды, в том числе большая делегация советских ученых.

В 1980 году отмечалось тысячелетие со дня рождения Ибн Сины по юлианскому летосчислению. К этой дате выпущено в свет второе издание «Канона врачебной науки», а Академией наук Таджикистана - 10 томов произведений Ибн Сины.

На сегодняшний день функционирует Всемирный фонд Авиценны с филиалами в различных странах.

Тайны Ибн Сины, требующие изучения потомками

Каждое научное поколение открывает в прошлом новые черты. История научной мысли никогда не может дать законченную неизменную картину, реально передающую действительный ход со-

бытий, и должна каждым новым поколением изучаться заново. В свете всего сказанного важной задачей является установление приоритета Ибн Сины.

Важно выяснить подлинные взаимоотношения Ибн Сины и древних авторов. В частности, надо выяснить, как повлияла на Ибн Сину медицина Востока. Надо отыскать истинные идейные корни взглядов Ибн Сины в культуре народов Востока, в мировоззрении, трудах философов и ученых, особенно IX–XII века – периода наивысшего развития в Средней Азии феодализма, периода, который за последнее время стали именовать среднеазиатским Ренессансом [2].

Для выяснения вклада Ибн Сины в медицину важно тщательно изучать труды его предшественников. Исторический подход нужен и к пониманию процесса освоения наследия Ибн Сины медиками. Ко времени появления его трудов в Европе медики многое забыли, далеко отстали от того уровня, на котором писал свои труды Ибн Сина. Он был много ближе к истокам науки, к греческим классикам, к Аристотелю, и европейским медикам пришлось заново учиться, чтобы овладеть всем, что Ибн Сина заимствовал у Гиппократов и других медиков древности, и тем, что он добавил к классическому наследию.

Необходимо далее выяснить, какое влияние оказали на Ибн Сину его непосредственные учителя, те, которые руководили его подготовкой к врачебной деятельности. Желательно, чтобы в том же плане были изучены дела и труды двух предшественников Ибн Сины – Абу Бакра ар Рази и Али ибн Аббаса.

Медицинские труды Ибн Сины следует изучать, учитывая его общеполитические взгляды. Материалистическая направленность взглядов Ибн Сины, материалистическая трактовка их процессов, происходящих в человеческом теле, – эта особенность его концепций как правило игнорируется. Между тем в «Каноне врачебной науки» материалистическая направленность проявляется вполне отчетливо. Решительное отрицание астрологии – одно из доказательств этого.

Заключение

Многое из того, чему учил Ибн Сина, отмерло, заблуждения, которые он разделил со своим веком, отпали и разоблачены, но, подводя итоги его деятельности, следует помнить не о них, а о вкладе его в науку, о тех достижениях, открытиях и методах, значение которых, бесспорно.

«Все, что было у него, – пишет А.А. Семенов в биографии Ибн Сины, – он раздал бедным, отпустил своих рабов на свободу и, как сообщают источники, умирая в полном сознании, прочел стихи:

- Мы умираем и с собой уносим лишь одно

- Сознание, что мы ничего не узнали.

Мавзолей Ибн Сины до сих пор служит местом паломничества. На надгробье – рубайи, приписываемое как Ибн Сине, так и Омар Хайяму:

От праха черного до небесных тел

Я тайны разгадал мудрейших слов и дел,

Коварства я избег, распутал все узлы,

Лишь узел смерти я распутать не сумел.

Литература

1. Avicenna//Encyclopedic Dictionary of Brockhaus and Efron: Vol 86 (Vol 82 and Appendix 4). St. Petersburg. 1890-1907. Russian (Авиценна // Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона: в 86 т. (82 т. и 4 доп.). СПб. 1890–1907).

2. Petrov B.D. Ibn Sina (Avicenna). Moscow. 1980. 151 p. Russian (Петров Б.Д. Ибн Сина (Авиценна). М. Москва. 1980; 151 с).

3. Boltaev MN Abu Ali ibn Sina - great thinker scientist encyclopaedist of the medieval East - М.: Sampo. 2002; 400 p. Russian (Болтаев М. Н. Абу Али ибн Сина — великий мыслитель, учёный энциклопедист средневекового Востока — М.: Сампо. 2002; 400 с).

4. S. Frederick Starr. Lost Enlightenment: Central Asia's Golden Age from the Arab Conquest to Tamerlane. Alpina Publisher. 2016; 574 p. Russian (Стивен Фредерик Старр. Утраченное Просвещение: золотой век Центральной Азии от арабского завоевания до времен Тамерлана. Альпина Паблишер. 2016; 574 p).

5. Biography in Encyclopaedia Britannica. www.britannica.com/biography/Avicenna.

6. Kurbonov BR, Sanginova RI Contribution of Abuali Ibn Sino to the formation and development of natural sciences. The Bulletin of Avicenna. 2014; No. 1 (58): 124-129. Russian (Курбонов Б.Р., Сангинова Р.И. Вклад Абуали Ибн Сино в формирование и развитие естественных наук. Вестник Авиценны. 2014; № 1 (58): 124-129).

7. Tikhonov A.N. Philosophical grounds of Avicenna's views on education. Scientific almanac. 2015; No. 8 (10): 1407-1410. Russian (Тихонов А.Н. Философские основания взглядов Авиценны на образование. Научный альманах. 2015; № 8 (10): 1407-1410).
8. Frolova E.A. Ibn Sina // New philosophical encyclopedia: in 4 volumes / Institute of Philosophy of the Russian Academy of Sciences; Nat. soc.-nauch. fund; Prev. scientific ed. Council of VS Styopin. - М.: "Thought", 2000-2001. 3. 2nd ed., Rev. and add. - М.: "Thought", 2010. Russian (Фролова Е. А. Ибн Сина // Новая философская энциклопедия: в 4 т. / Ин-т философии РАН; Нац. обществ.-науч. фонд; Предс. научно-ред. совета В. С. Стёпин. - М.: «Мысль», 2000-2001. -2-е изд., испр. и допол. — М.: «Мысль», 2010.).
9. Sayili A. Ibn Sīnā and Buridan on the Motion of the Projectile // Annals of the New York Academy of Sciences. 1987; Vol. 500: 477-482.
10. Henry Corbin, «The Voyage and the messenger: Iran and Philosophy». – North Atlantic Books. 1998; 74 p.
11. Nizami Aruzi Samarkandi. A collection of rarities or four conversations. М. 1963; 127-128. Russian (Низами Арузи Самарканди. Собрание редкостей или четыре беседы. М. 1963; 127-128).
12. Abdel-Halim R.E. The role of Ibn Sina (Avicenna)'s medical poem in the transmission of medical knowledge to medieval Europe. Urol Ann. 2014; Jan;6(1):1-12. doi: 10.4103/0974-7796.127010. Review.
13. Slinin Ya.A. Aristotle and Avicenna on the arguments of evidence. Thought: Journal of the St. Petersburg Philosophical Society. 2006; Vol 6, No. 1: 88-96. Russian (Слинин Я.А. Аристотель и Авиценна об аргументах доказательств. Мысль: Журнал Петербургского философского общества. 2006; Т. 6, № 1: 88-96).
14. Khamraev M.Sh. Avicenna (Ibn Sina) on the states of the human body, health and disease, on the classification and nomenclature of diseases, on semiotics and diagnosis of diseases. Austrian Journal of Technical and Natural Sciences. 2015; № 1-2: 67-71. Russian (Хамраев М.Ш. Авиценна (Ибн Сина) о состояниях человеческого тела, здоровье и болезни, о классификации и номенклатуре болезней, о семиотике и диагностике заболеваний. Austrian Journal of Technical and Natural Sciences. 2015; № 1-2: 67-71).
15. Musaeva R.Kh. Disease and principles of treatment in ancient Eastern medicine. Biology and integrative medicine. 2016; № 2: 179-188. Russian (Мусаева Р.Х. Болезнь и принципы лечения в древневосточной медицине. Биология и интегративная медицина. 2016; № 2: 179-188).
16. Demyanenko IA, Tretyakova OS, Sukhareva IA Contribution of outstanding physicians of antiquity in the development of medicine. Taurian medical and biological bulletin. 2016; Vol 19, № 3: 127-134. Russian (Демьяненко И.А., Третьякова О.С., Сухарева И.А. Вклад выдающихся врачей древности в становлении медицины. Таврический медико-биологический вестник. 2016; Т. 19, № 3: 127-134).
17. Mustafina E.M. Features of the Muslim influence on the development of world culture in the Middle Ages. Scientific notes of the Almet'yevsk State Petroleum Institute. 2009; Vol 7: 365-368. Russian (Мустафина Э.М. Особенности мусульманского влияния на развитие мировой культуры в средние века. Ученые записки Альметьевского государственного нефтяного института. 2009; Т. 7: 365-368).

«КАНОН ВРАЧЕБНОЙ НАУКИ» АВИЦЕННЫ: МОСТ МЕЖДУ ДРЕВНЕЙ И СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКОЙ

Мамедов Мехман Ниязиевич

*ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр профилактической
медицины Минздрава, Москва, Россия*

Древние медицинские энциклопедии

В VIII – XI веке медицина Востока переживала период бурного расцвета. Значительное влияние на этот процесс оказали слияние традиций медицины стран Ближнего Востока с греко-римской медициной и отчасти с медициной Индии и Китая, а также развитие на Востоке светских больниц, сыгравших важную роль в становлении у врачей того времени подлинно клинического мышления [1].

Создание крупных обобщающих трудов – своеобразных энциклопедий, было сложившейся традицией в медицине в древности и средних веках. К древнейшим сводам медицинских знаний относятся индийская «Аюрведа», китайские «Нань-цзин» и «Ней-цзин». Крупные энциклопедические труды по медицине написаны индийскими врачами Чаракой и Сушрутой, китайскими врачами ЧжанЧжун-цзином (915-219 гг.), Ван Шу-хэ (210-285 гг.), СунСы-мяо (581-673 гг.). «Сборник Гиппократата» достаточно подробно освещает многие вопросы практической медицины. В «Artes» - энциклопедии Авла Корнелия Цельса медицине посвящено 8 книг («DeReMedicina»), много сведений биологического и медицинского характера содержится в «Естественной истории» («Historianaturalis», 77 г.) Плиния Старшего. Наконец, труды Галена в целом представляют собой своеобразную медицинскую энциклопедию [2].

При жизни Ибн Сины большой известностью пользовался обширный труд основателя и руководителя госпиталя в Багдаде Али ибн Аббаса (930 – 994 гг.) под названием «Ал-Китаб ал-Мелики» («Царская книга»). Одним из непосредственных предшественников «Канона» был 30-томный труд Абу Бакра ар-Рази (865 – 925 гг.) «Ал-китаб ал-Хави» («Всеобъемлющая книга по медицине»). В это сочинение было включено множество сведений, заимствованных у Гиппократата, Галена, Орибазия и Павла Эгинского, которые Рази дополнил собственными наблюдениями. Рази считал «Всеобъемлющую книгу по медицине» наиболее совершенным из своих трактатов. «Канон» обязан своим появлением не только способности Ибн Сины, но прежде всего высокому уровню развития науки и культуры в странах Востока и, в частности, в Средней Азии [1, 3, 4].

Ибн Сина поставил перед собой задачу устранить недостатки своих предшественников и успешно справился с ней, создав один из крупнейших в истории медицинских энциклопедических трудов – «Канон врачебной науки».

«Канон врачебной науки»: структура и описание

«Китаб ал-Канун фи-т-тибб», что означает в переводе – «Канон врачебной науки» - одна из самых знаменитых книг в истории медицины. По существу – это целая медицинская энциклопедия, рассматривающая с большой полнотой в пределах знаний того времени все, что относится к здоровью и болезням человека [5-7].

«Канон» состоит из пяти обширных книг. В книге первой излагается теоретическая медицина. Книга разбита на четыре части. В первой части определение медицины, во второй речь идет о болезнях, их причинах и проявлениях, в третьей – о сохранении здоровья и в четвертой - о способах лечения. Причины здоровья и болезни, симптомы болезней Ибн Сина рассматривает, исходя из господствующего в его время «гуморального» учения о четырех соках и связанных с ними темпераментах. Обширные разделы посвящены состоянию пульса, виду, цвету, запаху и вкусу мочи. Излагается учение о питании и здоровом образе жизни.

В книге второй описаны «простые» лекарства, излагается учение Ибн Сины о лекарствах, их природе, их испытании. По алфавиту расположены 811 средств растительного, животного и минерального происхождения с указанием их действия, способов применения, правил сбора и хранения. Описаны средства, применяемые в косметике, при «опухолях и прыщах», ранах и язвах, заболеваниях суставов, органов дыхания, глаз, а также лекарств против лихорадки.

Книга третья, самая обширная, посвящена частной патологии и терапии – описанию отдельных болезней и их лечению. Рассматриваются болезни головы, ушей, носа, глаз, гортани, далее – по органам – «от головы до пят». Описаны воспаления плевры, легких, резь в животе – колика и кровавый понос, даются советы по акушерству. Каждый раздел снабжен анатомо-топографическим введением.

Книга четвертая посвящена хирургии (лечению вывихов и переломов), общему учению о лихорадке (кризисах при болезнях). В ней говорится об опухолях, гнойных воспалениях подкожной клетчатки – флегмоне, нарывах, роже, омертвениях органов (гангрене), отеках, золотухе, контузиях, а

также о заразных болезнях – оспе, кори, проказе и чуме. Освещаются основные вопросы учения о ядах.

В книге пятой описаны «сложные» лекарства, яды и противоядия. Фармация и фармакология Ибн Сины представляют собой попытку объединить собранные многочисленные материалы в систему, связать их с клиническими наблюдениями. Рекомендуемые в «Каноне» лекарственные средства разнообразны, многие из них позднее вошли в научную фармакологию [8].

«На каждой странице «Канона» есть вещи, заслуживающие восхищения и осуждения», – писал один историк медицины [1].

Теория о четырех соках

Основой физиологии и патологии является у Ибн Сины учение о четырех соках. Это учение было воспринято им от греков. Оно утверждало, что в человеческом теле имеются четыре сока: кровь, флегма, желтая желчь и черная желчь. Кровь находится в артериях и венах, флегма – в мозге, желтая желчь – в печени, черная желчь – в селезенке. Если соки смешаны в определенных количествах и нормальны, – человек здоров. Наоборот, смешение соков в ненормальных пропорциях вызывает болезнь. ««Если количество соков уменьшается», – говорится в «Каноне», – слишком увеличивается или они сгущаются, становятся горькими, покидают свое обычное место или нарушают свои обычные функции, возникают болезни. Иногда следует пить соки, иногда разжижать, иногда восстанавливать, иногда умерять их». Здоровье, учит Гален, есть равновесие и гармония четырех соков, однородных частей, органов, наконец, управляющих всем организмом сил. Болезнь есть беспорядок вторгнувшихся в равновесие плотных частей, соков и сил [9].

Более 1000 лет учение о четырех соках было общепризнанным. С позиций современной физиологии нетрудно показать фантастичность и ошибочность этого учения. Гораздо важнее выяснить, как эта рабочая гипотеза все же помогала систематизировать факты, объяснить ход физиологических и патологических процессов.

Медицина – наука, познающая состояния тела человека

Материалистической направленностью и практической устремленностью характеризуются сущность и цели медицины [10, 11]. «Я утверждаю, – говорится в первых строках «Канона», – медицина – наука, познающая состояния тела человека, поскольку оно здорово или утратило здоровье, для того, чтобы сохранить здоровье или вернуть его, если оно утрачено. Кто-нибудь, однако, может сказать: «Медицина разделяется на теорию и практику, а вы, говоря, что это наука, превратили всю медицину в теорию». На это мы отвечаем: говорится, что есть искусства теоретические и искусства практические, философия теоретическая и философия практическая; говорится также, что медицина бывает теоретическая и практическая, при этом, в каждой части под словом «теоретическая» и «практическая» подразумеваются разные вещи... каждая из двух частей медицины – не что иное, как наука, но одна из них – это наука об основах медицины, а другая – наука о том, как ее применять» [6].

Заслуживает внимание и другая мысль: «Медицина рассматривает тело человека, поскольку оно здорово или утрачивает здоровье. Познавание всякой вещи, если она возникает, достигается и бывает совершенным через позывные ее причин, если они имеются; поэтому в медицине следует знать причины здоровья и болезни. Причины эти бываю явные, а бывают и скрытые, постигаемые не чувством, а умозаключением на основании проявлений; поэтому в медицине необходимо также знать и явления, которые происходят при здоровье и при болезни». Эти слова являются утверждением того, что практика – это не голая техника и не ремесло, что она включает элементы теории. Трезво, реалистически ставится задача – изучать причины болезни на основе ее проявлений, опираясь на наблюдения и опыт.

Большое значение Ибн Сина придавал типу телосложения или, говоря современным языком, конституции. Он подчеркивал, что каждый человек склонен к определенному телосложению, но, вместе с тем, присущее ему телосложение очень индивидуально. Надо отметить гибкость теоретических построений Ибн Сины, столь отличающую его от схоластов средневековья, нередко ссылавшихся на Ибн Сину, но исказивших, превративших его подход к здоровому и больному человеку и изложенные в «Каноне» представления о типах телосложения в окостеневшие, застывшие, схоластические категории.

Ибн Сина требовал особого подхода к каждому больному. «Тебе должно знать, – пишет он, – что каждый отдельный человек обладает особой натурой, присущей ему лично. Редко бывает или совсем невозможно, чтобы кто-нибудь имел одинаковую с ним натуру». Это принципиальное и основное требование наложило отпечаток на всю систему медицинских взглядов Ибн Сины. И сейчас, через много веков, это требование сохраняет свое значение в медицине. Из него вытекает мысль о необходимости индивидуализировать лекарственные назначения больным: «Лекарство бывает более горячим, если его давать Зайду». Следует отметить, что неоднократно высказываемое в «Каноне»

мнение об индивидуальных особенностях действия лекарственных средств на различных больных – не случайная догадка Ибн Сины, а результат его естественнонаучных взглядов.

В «Каноне» проводится систематическое рассмотрение человека – в определенном порядке, в буквальном смысле «от головы до пят». Главы «Канона» так и расположены, чтобы рассмотреть факты, которые могут помочь врачу, факты, относящиеся к болезни и здоровью. Последовательно проводится мысль о предохранении организма от заболеваний, о роли физических упражнений в укреплении здоровья. Ибн Сина пишет о правильном воспитании здорового и больного ребенка, об общем режиме для лиц, достигших половой зрелости, режиме для престарелых, выдвигая идеи профилактики и гигиены. Цель его врачебной деятельности – не только вылечить больного, но и предупредить возникновение болезни [12, 13].

Здоровье здоровых: основы гигиены и профилактики

Правила сохранения здоровья, диететика, гигиенические предписания занимают в «Каноне» особое место. Это не случайно. Профилактическая направленность является как логическим развитием взглядов Ибн Сины на цели медицины – вспомним определение медицины, с которого начинается «Канон», – так и отражением состояния медицинской науки того времени, ее ограниченных диагностических и лечебных возможностей [14]. Причины и существо подавляющего большинства болезней были неизвестны, а способов их лечения либо не существовало, либо они были мало эффективны, поэтому медицинская мысль древности и средневековья была направлена, прежде всего, на разработку общих рекомендаций по сохранению и укреплению здоровья. В условиях массового распространения эпидемических болезней от строгого соблюдения гигиенических предписаний нередко зависели судьбы целых государств и народов.

Воспитанию здорового ребенка посвящены особые главы «Канона», очень содержательные и охватывающие все важнейшие разделы этой темы. В них много тонких наблюдений, разумных советов. Разбором вопросов, связанных с воспитанием детей, сохранением их здоровья и лечением начинается также часть «Канона», посвященная диететике.

Название глав третьей части Книги первой «Канона»

1. О режиме ребенка с момента его рождения и до того, как он встает на ноги.
2. О режиме кормления грудью и отнятия от груди.
3. О заболеваниях грудных детей и их лечении.
4. О режиме детей в период перехода в отрочество.

Сон занимает важное место в системе гигиенических рекомендаций Ибн Сины. Режиму сна посвящена отдельная глава «О сне и бодрствовании».

«Умеренный сон приводит физическую силу к возможности выполнения ею своих действий и дает отдых духовной силе», – указывает Ибн Сина [6].

Если сну предшествует баня, после которой принимается пища, что усиливает пищеварение и вызывает стул, и на голову поливается теплая вода, это становится подходящей помощью для хорошего сна.

Пожилых и старых людей Ибн Сина называл продвинутыми в годах. Рациональному режиму лиц пожилого и старческого возраста посвящен особый раздел «Канона» [1].

«Главное в режиме стариков», – говорится в «Каноне», – делать то, что дает тепло и влажность, получаемые из пищи, кушаний, напитков, продолжительного сна, частого отдыха на постели, большего, чем для молодых людей, быстрого удаления мочи и испражнений из желудка через кишечный тракт и мочевого пузыря – и все это для того, чтобы укреплялась их естественная слабость. Кроме того, им оказывают большую помощь умеренный массаж с помощью масла, езда верхом или ходьба, если они уже не могут ездить верхом»,

Здоровье путешествующих рассмотрено в «Каноне» очень обстоятельно [7].

Глава начинается указанием: «Путешественнику следует воздерживаться от всего того, чем он привык пользоваться в семье, ибо в пути перед ним встают трудности и лишения, в силу чего он должен прилагать старание к тому, чтобы не претерпеть тяжелых заболеваний. Предметом его заботы должны быть больше всего питание и степень утомления. Пища должна быть улучшенной, хорошей питательности и небольшой по количеству, такой, которая легко переваривается и не скапливается в больших количествах в кишечном тракте».

Искусство врачевания: основы диагностики болезней.

Ибн Сина различал четыре периода, четыре стадии болезни: «Знай, – написано в «Каноне», – что для большинства болезней существует четыре периода: период начала, период развития, период предельного развития и период спада. Эти периоды иногда существуют по отношению к болезни от начала и до конца во всех ее приступах и называются общими периодами. А иногда они существуют по отношению к каждому отдельному приступу и называются частными периодами». Важно отме-

тить, что четыре периода развития болезни различал и Гален, но указание о зависимости терапевтической тактики, т.е. выбора лекарства, режима и т.п. от стадии болезни, - новое слово, сказанное Ибн Синой. Это положение прочно вошло в клиническую медицину лишь в XIX веке, и никто не вспомнил о том, что учитывать стадию болезни при выборе лечения Ибн Сина учил девять веков назад [15].

Семиотика и диагностика Ибн Сины основаны на объективных показателях, устанавливаемых непосредственным наблюдением. Во времена Ибн Сины семиотика не была выделена из общего комплекса знаний о больном и здоровом организме. Лишь впоследствии более отчетливо сформировались приемы выявления, сопоставления, изучения характерных проявлений или признаков болезненных состояний, представления о важности анамнеза, наследственности и т.п. Если предшественники и современники Ибн Сины описывали лишь признаки отдельных заболеваний, то сам Ибн Сина стремился выявить сочетания симптомов, их динамику, характерные симптомокомплексы. Дело не в том, оказался ли тот или иной признак, описанный Ибн Синой, правильным. Значительно важнее другое: в «Каноне» мы встречаемся с попыткой создать семиотику, вооружить врача методом не только выявления и оценки отдельных симптомов.

При чтении «Канона» поражают точность и детальность описания симптомов заболеваний. Например, Ибн Сина различал 15 разновидностей боли. Авторы конца XIX века, писавшие о «Каноне», упрекали Ибн Сину за эту, по их мнению, излишнюю детализацию. Такие упреки едва ли справедливы [16]. Ибн Сины и врачи его времени не имели богатого диагностического арсенала современных врачей: не было ни микроскопа, ни лабораторий, ни много другого. Врач вынужден был изоощрять свои пять органов чувств, чтобы установить диагноз болезни, сущности которой он, как правило, не знал, да и не мог знать. Именно поэтому тщательно и подробно изучались особенности такого диагностического признака, как боль, большое значение придавалось исследованию мочи и пульса.

Состоянию пульса при диагностике Ибн Сина придавал особое значение. Раздел «Канона», посвященный пульсу, состоит из 19 параграфов. Каждому виду пульса, по мнению Ибн Сины, соответствует определенное состояние. Исследование пульса дает материал не только для диагноза, но и для прогноза [17-19].

Указывается, что «разновидностей, по которым врачи узнают о состоянии пульса, существует, в соответствии с тем, как это описывают врачующие, десять, хотя следовало бы считать, что их девять. Первая разновидность устанавливается по величине расширения, вторая разновидность – по качеству удара бьющейся артерии в пальцы, третья разновидность – по длительности времени движения, четвертая разновидность – по состоянию стенки артерии, пятая разновидность – по степени пустоты и наполнения пульса, шестая разновидность – по теплоте и холодности прощупываемого места, седьмая разновидность – по времени покоя, восьмая разновидность – по наличию какого-либо порядка в неровности и отсутствию всякого порядка.

Ибн Сина особо подчеркивал, что подходить к показаниям пульса надо творчески.

«Тебе должно знать, что у пульса существует некое музыкальное естество».

Интересны и другие наблюдения. Страстную любовь Ибн Сина рассматривает как болезнь. «Любовь – заболевание вроде наваждения, похожее на меланхолию. Нередко человек навлекает её на себя, подчиняя свои мысли восхищению образом и чертами, присущими возлюбленной...». Определение предмета любви по пульсу – одно из средств диагностики, предложенных Ибн Синой [6].

В ряде случаев он противопоставляет свою точку зрения мнению Галена и Гиппократов.

В определении причин лихорадки Ибн Сина следует Гиппократу, утверждающему: «Когда желчь и слизь, будут нагреты, все остальное тело нагревается от них, и это называется лихорадкой». Ибн Сина, как и Гиппократ, рекомендует страдающим лихорадкой жидкую пищу.

Образность выражений для уточнения мысли и доказательства ее – характерный прием Ибн Сины. Так, в разделе о сухотке говорится: «А есть ли такие влаги, благодаря которым связываются при их первоначальном создании частицы органов, сходных в отношении частиц...» [7].

Тактика лечения болезней

Тактику врача Ибн Сина выделяет и значение ее подчеркивает.

В рамках этой тактики воздействия могут быть разнообразны: лекарственная терапия, физиотерапевтические процедуры, психотерапия, хирургические вмешательства. Во многих случаях рекомендуется комплексное лечение – лекарственная терапия в сочетании с физиотерапией и т.п. Все лечебные средства рекомендуется обязательно сочетать с соблюдением специального режима и гигиеническим уходом.

В лекарствоведении Ибн Сина оставил заметный след.

В «Каноне» посвящены описанию лекарственных средств и их действию две книги из пяти: Книга вторая – простым лекарственным средствам, а пятая – сложным (составным).

В «Каноне» врач мог найти не только огромный арсенал – 811 лекарственных средств, но, что гораздо важнее, получить указание, как эти средства изучать: до применения, во время применения и подводя итоги лечения [1].

В «Каноне» подробно описаны подготовка больного к операции, лечение ран, переломов и вывихов, хирургическое лечение ряда заболеваний внутренних органов.

Для характеристики взглядов Ибн Сины на лечение ран интересны его высказывания в первой главе раздела о ранах: «Когда нарушена целостность какого-нибудь органа, мы стремимся ее восстановить. Однако полное восстановление возможно только в мягких частях тела. В костях же, исключая кости детей и новорожденных, где возможно добиться полного восстановления, успеха можно достичь, если удастся сохранить сокосновение костей».

На основании описания только операций в главах «Канона», посвященных голове, можно утверждать, что Ибн Сина знал о хирургическом лечении нарывов на черепе, удалении полипов носа, экстракции зубов, удалении язычка, интубации гортани [20].

Пример, свидетельствующий о личном хирургическом опыте Ибн Сины, - описание деталей операции удаления камней из мочевого пузыря: «Следует приготовить сиденье и посадить на него больного (при этом должен присутствовать помощник), и пусть больной просунет свои руки под его колени и приготовится затем к сечению. Следует раньше захватить камень и заставить его подойти к тому месту, которое разрезается. Пусть врач сделает это, введя средний палец в задний проход мужчин и девушек, а сверху пусть нажимает другой рукой, заставляя камень опуститься из области пупка, пока камень не опустится до места, близкого к устью пузыря...» [7].

Глазами потомков (Заключение)

Историческое значение творчества Ибн Сины как врача и ученого-энциклопедиста состоит в том, что он обобщил достижения медицины различных эпох и народов, отобрал из них все лучшее и наиболее значимое для врачебной практики, передав опыт многих поколений потомкам [21]. «Канон», сохранивший материалистическую направленность и практическую устремленность своего автора, даже в условиях господствовавшего в средневековых университетах и медицинских школах мусульманского востока, духа догматизма, не мог не пробуждать у читателя стремление к самостоятельному творчеству, конкретному и опытному знанию. В этом отношении Ибн Сина прямой предшественник естествоиспытателей эпохи Возрождения, их духовный и научный наставник.

Работы Авиценны и сегодня не потеряли свою актуальность. Его принципы универсальны во все времена. Многие могут подумать, что учение Авиценны и современная медицина - это разные планеты. В древние времена и средневековые философия и медицина были неразделимы. Сегодня медицина стала более специализирована, она опирается на более точные и подробные анализы. Многие лекарства, предложенные Авиценной, прочно вошли в фармакопею и применяются по сегодняшний день. Бессмертные фразы Авиценны и в наши дни имеют большое значение, особенно когда вопросы профилактики имеют большую актуальность: «Умение правильно понять причину болезни позволяет врачу обеспечить успешное и безопасное лечение. Если ты помогаешь мне, то мы вместе будем бороться с болезнью. Если же ты на стороне болезни, то как мне вас победить? Цель медицины - сохранять здоровье во время здоровья, и восстанавливать здоровье во время болезни».

В своих трудах Авиценна большое место уделял вниманию здоровому образу жизни, в частности роли и месте физических упражнений в оздоровительной и лечебной практике, а также соблюдению гигиены. Он утверждал, что если человек умеренно и своевременно занимается физическими упражнениями и соблюдает режим, то он не нуждается ни в лечении, ни в лекарствах. Прекратив эти занятия, он чахнет. Физические упражнения укрепляют мышцы, связки, нервы. Авиценна советовал при занятиях учитывать возраст и здоровье. Высказывался о массаже, закаливании холодной и горячей водой.

"Канон врачебной науки" снискал Ибн Сине мировую известность. Канон врачебной науки (или Канон медицины, «Китаб ал-Канун фи-т-тибб») – одна из наиболее знаменитых книг в истории медицины. С XII по XVII века врачи многих стран Востока и Запада изучали азы своей науки по «Канону». Арабский текст «Канона» издан полностью только однажды (в 4 томах, Рим, 1593), но существует множество переводов его на латинский язык. Самый тщательный из них принадлежит Племию (Львов, 1658). На протяжении 600 лет «Канон врачебной науки» был главным учебником по медицине во всех учебных заведениях мира, включая известнейшие университеты Европы. К тысячелетию со дня рождения Ибн Сины по мусульманскому летосчислению (1952 г) вышло в свет первое издание «Канона врачебной науки», перевод которого был осуществлен Академией наук Узбекской ССР при участии Академии медицинских наук СССР [6, 7].

Требуется несколько десятилетий для раскрытия теории и медицинских знаний Авиценны. Бесспорным является тот факт, что энциклопедический труд Авиценны «Канон врачебной науки» должен рассматриваться в качестве моста между древней и современной медицинской наукой.

Переключка гениев, отдаленных друг от друга столетиями, значительна и характерна – они помогли человечеству разрешать сложные проблемы познания и покорения природы.

Литература

1. Petrov B.D. Ibn Sina (Avicenna). Moscow. 1980; 151 p. Russian (Петров Б.Д. Ибн Сина (Авиценна). М. Москва. 1980; 151 с).
2. Demyanenko IA, Tretyakova OS, Sukhareva IA Contribution of outstanding physicians of antiquity in the development of medicine. Taurian medical and biological bulletin. 2016; Т. 19, № 3: 127-134. Russian (Демьяненко И.А., Третьякова О.С., Сухарева И.А. Вклад выдающихся врачей древности в становлении медицины. Таврический медико-биологический вестник. 2016; Т. 19, № 3: 127-134).
3. Shidfar B. Ya. Ibn-Sina. - Moscow: Nauka, 1981; 184 p. Russian (Шидфар Б. Я. Ибн-Сина. — М.: «Наука». 1981; 184 с).
4. Ibn Sina («Avicenna») Encyclopedia of Islam. 2nd edition. Edited by P. Berman, Th. Bianquis, C. E. Bosworth, E. van Donzel and W. P. Henrichs. Brill 2009. Accessed through Brill online: [www. encislam.brill.nl](http://www.encislam.brill.nl), 2009.
5. Canon of medical science: [Trans. with the Arab.] / 2nd ed. - Tashkent: Tashkent Fan, 1980-1982. (I volume-550 p; II volume-832 p; III volume-792 p; IV volume-703 p; V volume-735 p). Russian (Канон врачебной науки: [Пер. с араба.] / 2-е изд. – Ташкент: Ташкент Фан, 1980–1982. (I том–550 с; II том - 832 с; III том – 792 с; IV том-703 с; V том-735 с)).
6. Canon of medical science: Izbr. sections: In 3 hours: [Translation] / Comp. U.I. Karimov, E.W. Khurshut; Acad. Sciences of the Republic of. Uzbekistan, Institute of Oriental Studies. Abu Rayhan Beruni. - Moscow: Commercial Gazette; Tashkent: Fan. 1994; 400 p. Russian (Канон врачебной науки: Избр. разделы: В 3 ч.: [Перевод] / Сост. У. И. Каримов, Э. У. Хуршут; Акад. наук Респ. Узбекистан, Ин-т востоковедения им. Абу Райхана Беруни. – М.: Коммерческий вестник; Ташкент: Фан. 1994; 400 с).
7. Canon of medical science / trans. from lat. : artist.obl. M, In Draco - Mn. : ООО "Potpourri". 2000; 448 p. Russian (Канон врачебной науки/ пер. с лат.: худож.обл. М, В Драко — Мн.: ООО «Потпури». 2000; 448 с).
8. Naini FB. Avicenna and the Canon Medicinae. J R Soc Med. 2012 Apr;105(4):142. doi: 10.1258/jrsm.2012.12k024.
9. Pavlovich TP, Pilipitsevich NN, Ushakevich IG, Khalyamina II "Canon of medical science" Avicenna. Health care (Minsk). 2014; No. 8: 63-67. Russian (Павлович Т.П., Пилипцевич Н.Н., Ушакевич И.Г., Халымина И.И. «Канон врачебной науки» Авиценны. Здравоохранение (Минск). 2014; № 8: 63-67).
10. Khamraev M.Sh. Avicenna (Ibn Sina) on the states of the human body, health and disease, on the classification and nomenclature of diseases, on semiotics and diagnosis of diseases. Austrian Journal of Technical and Natural Sciences. 2015; № 1-2: 67-71. Russian (Хамраев М.Ш. Авиценна (Ибн Сина) о состояниях человеческого тела, здоровье и болезни, о классификации и номенклатуре болезней, о семиотике и диагностике заболеваний. Austrian Journal of Technical and Natural Sciences. 2015; № 1-2: 67-71).
11. Moosavi J. The place of Avicenna in the history of medicine. Avicenna J Med Biotechnol. 2009; Apr;1(1):3-8.
12. Smith RD. Avicenna and the Canon of Medicine: a millennial tribute. West J Med. 1980 Oct;133(4):367-70.
13. Khan MA, Raza F, Khan IA. Ibn Sina and the roots of the seven doctrines of preservation of health. Acta Med Hist Adriat. 2015;13 Suppl 2:87-102.
14. Sally P. Ragep. Ibn Sīnā: Abū Alī alHusayn ibn Abdallāh ibn Sīnā / Thomas Hockey. — Springer Science+Business Media. 2007: 570–572.
15. Saffari M, Pakpour AH. Avicenna's Canon of Medicine: a look at health, public health, and environmental sanitation. Arch Iran Med. 2012 Dec;15(12):785-9. doi: 10.121512/AIM.0015.
16. Van 't Land K. Long life, natural death. The learned ideal of dying in late medieval commentaries on Avicenna's Canon. Early Sci Med. 2014;19(6): 558-83.
17. Chamsi-Pasha MA, Chamsi-Pasha H. Avicenna's contribution to cardiology. Avicenna J Med. 2014 Jan;4(1):9-12. doi: 10.4103/2231-0770.127415.

18. Turgut O, Manduz S, Tandogan I. Avicenna: messages from a great pioneer of ancient medicine for modern cardiology. *Int J Cardiol.* 2010; 145(2): 222. doi: 10.1016/j.ijcard.2009.05.015. Epub 2009 May 28.
19. Gliansev S.P., Magomedova S.M. The doctrine of the pulse of Avicenna: a view from the present. *Annals of arrhythmology.* 2012; T. 9, № 4: 45-50. Russian (Глянцев С.П., Магомедова С.М. Учение о пульсе Авиценны: взгляд из настоящего. *Анналы аритмологии.* 2012; Т. 9, № 4: 45-50).
20. Dalfardi B, Mahmoudi Nezhad GS. Insights into Avicenna's contributions to the science of surgery. *World J Surg.* 2014; 38(8): 2175-9. doi: 10.1007/s00268-014-2477-3.
21. Buranova DD. The value of Avicenna's heritage in development of modern integrative medicine in Uzbekistan. *Integr Med Res.* 2015 Dec; 4(4): 220-224.

ИЗМЕНЧИВОСТЬ ПРИЗНАКОВ *TRIGONELLA FOENUM-GRAECUM* L. (FABACEAE JUSS.) В РАЗНОВЫСОТНЫХ УСЛОВИЯХ ДАГЕСТАНА

Хабибов Али Джалалудинович

Горный ботанический сад ДНЦ РАН, Махачкала, Республика Дагестан, Россия

Дибиров Магомед Дибирович

Медицинский колледж имени Башларова, Махачкала, Республика Дагестан, Россия

Род пажитник - *Trigonella* L. (от слова *trigonum* - треугольник) (Fabaceae Juss.) представлен одно- и многолетними травами и отличается шаровидным соцветием без общего цветоноса и слегка изогнутыми (с носиком) бобами (Флора СССР, 1945). Из более 130 произрастающих всего видов этого рода в бывшем СССР отмечен 36, на Кавказе – 22, на Северном Кавказе – 8 (Флора СССР, 1945; Гроссгейм, 1949; Галушко, 1980). В условиях Дагестана Р.А. Муртазалиевым (2013) описан 9 видов, из которых кроме двулетника – пажитника красиворогового (*T. calliceras* Fisch.) представляют однолетники. Главным образом они сосредоточены на сухих, каменистых и щебнистых склонах в нижнем горном, и до среднего горного пояса. Среди видов природной флоры этого рода крупными размерами плодов (10-20 см длины, 3-4 см ширины) выделяется п. сенной или п. греческий – *Trigonella foenum-graecum* L., он же метхи, п. греческий, хельба, хильба, фенугрек, чаман, шамбала, абиш, верблюжья трава, греческое сено, фенигрековая трава, донник синий, гуньба, синий козий трилистник, греческая сочевица, треуголка, козы рога. Описан из Франции в 1753 г. Тип находится в Лондоне. Родина – Средиземноморье (Гроссгейм, 1952).

T. foenum-graecum – однолетнее травянистое растение с высоким (до 70 см), округлым, ветвистым стеблем; корень стержневой; листья сложные, тройчатые, с листочками до 4 см; цветки сидячие, мелкие, жёлтые, по 1-2 в пазухах верхних листьев; плоды – довольно крупные бобы треугольной формы, с крупными, коричнево-желтоватыми (10-20 шт.), продолговатой, ромбовидной формы, мелкими, длиной 4-5 мм, твёрдыми семенами. Последние имеют характерный запах, и в семенах сконцентрированы лечебные свойства растения. Во время цветения (май-июнь) растение издаёт своеобразный приятный аромат. Родиной пажитника считается Малая Азия, однако в древние времена в Древней Греции уже выращивали это растение. Сейчас его можно встретить везде - от Америки до Китая. В диком виде его можно встретить в горах Ирана, Ирака и в Турции. Как кормовое, пищевое и лекарственное растение выращивается, кроме вышеперечисленных стран, в Индии, Пакистане, Китае, Сирии, Египте, Монголии, Японии, Тунисе, Марокко, Эфиопии, США, Аргентине, на юге Закавказья и на юге Европы.

Этот вид, как многоцелевое лекарственное растение народной селекции, известно, особенно в арабском мире, ещё со времён Пророка Мухаммада (с.а.в.). Недаром на счёт данного культивара Он оставил, как минимум, два Хадиса: «Исцеляйте себя хельбой» и, «Если бы люди знали, сколько пользы в хильбе, то покупали бы её по цене золота». Последние изречения вполне достаточны для достойной значимости и соответствующей оценки лечебных свойств *T. foenum-graecum*. Лекарственным сырьём служат хорошо высушенные семена с приятным запахом.

В настоящее время на рынках и в исламских магазинах Махачкалы, чаще всего, представлены на продажу семена этой культуры, главным образом, репродукции из арабского мира и отсутствуют какие-либо данные о сортовой принадлежности и об условиях последнего места произрастания. В то же время семенной материал любой культуры всегда несёт отпечаток последнего места проращивания и эти разнообразные условия играют не маловажную роль в содержании количества и качества тех или иных целебных компонентов в любом образце этой культуры. Впервые чисто в научных целях, связанных с выяснением влияния роли разновысотных условий Дагестана, во-первых, на адаптацию, и, во-вторых, на химический состав того или иного образца, в Горном ботаническом саду Дагестанского научного центра РАН в 2017 году были продолжены, ранее начатые интродукционные испытания семян образцов *T. foenum-graecum*.

Для изучения в 2017 году условиях северного склона Низменного и Внутреннегорного Дагестана на метровых делянках террасированных участков Цудахарской (1100 м), Гунибской (1780 м) экспериментальных баз Горного ботанического сада ДНЦ РАН и в окрестностях г. Махачкала (50 м над ур. м.) проводили посевы образца (по 100 шт.) семян *T. foenum-graecum*. Сроки наступления фенологических фаз роста и развития этого вида напрямую были связаны с высотным уровнем места произрастания и на небольших высотах стадии развития, как обычно, наступают сравнительно раньше, чем в условиях верхнего горного пояса. После завершения вегетационного цикла с каждого образца брали по 10 максимально развитых растений, у каждой особи которого были учтены более 25 признаков, условно выделенных нами на 5 групп: размерные (ростовые), числовые, весовые, индексные и, отдельно признаки максимально развитого плода в пределах особи. Работа выполнена на по-

пуляционном уровне, и исходные данные были обработаны обычными статистическими методами, в результате чего были получены как средние значения признаков, их показатели изменчивости. В результате применения суммарной статистики, корреляционного, дисперсионного и регрессионного анализов были получены как средние показатели, так и значения корреляционной связи, величины силы влияния и коэффициента детерминации учтённого фактора на изменчивость этих признаков. Признаки приведены по группам.

I. Максимальные средние показатели преобладающего большинства размерных (ростовых) признаков: длины растения, корня, генеративного побега, толщины стебля у его основания, и корня, а также отношения длины генеративного побега к таковому корню отмечены в условиях Цудахарской экспериментальной базы (1100 м высоты над ур. м.) Горного ботанического сада ДНЦ РАН. Разновысотные комплексные условия существенно влияют на изменчивость этих размерных признаков. Между высотной разницей, равной 1730 м, и большинства учтёнными линейными признаками этого культивара отмечены существенные значения положительной корреляционной связи. Иначе говоря, с увеличением высоты над ур. м. возрастают средние показатели размерных признаков *T. foenum-graecum*. Однако из этой группы признаков для длины генеративного побега и относительного признака – отношения длины генеративного побега к таковой корня выявлены иные тенденции. Влияние высотного градиента на изменчивость длины генеративного побега не значимо, и оно носит случайный характер. Максимальная средняя величина относительного признака – отношения надземной части к подземной таковой отмечена в условиях Низменного Дагестана и между этим признаком и высотным градиентом наблюдаются отрицательные корреляционные связи, т.е. с увеличением высоты над ур. м. уменьшается среднее значение этого признака.

II. Наибольшие средние величины трёх числовых признаков: числа боковых ветвей, плодов и семян также выявлены в условиях Цудахарской экспериментальной базы (1100 м высоты над ур. м.) Горного ботанического сада ДНЦ РАН. Разновысотные комплексные условия также достоверно влияют на изменчивость этой группы признаков. Между высотной разницей и учтёнными числовыми признаками этого культивара, как и у другой группы морфологических признаков – размерных показателей, отмечены существенные, на высоком уровне (99,0 %) достоверности, значения положительной корреляционной связи. Иначе говоря, с увеличением высоты над ур. м. возрастают средние показатели размерных признаков данного культивара.

III. Признаки максимального плода, наряду с весовыми показателями, охватывают также и две предыдущие группы признаков – размерные и числовые. Средние показатели размерных признаков (длины, ширины и толщины или высоты) цилиндрического и сжатого плода с длинным носиком, числа семян в нём и массы плодов и семян с него присущи растениям, выращенным в условиях Цудахарской экспериментальной базы (1100 м высоты над ур. м.) Горного ботанического сада ДНЦ РАН. Разновысотные условия экспериментальных баз также существенно влияют на изменчивость преобладающего большинства учтённых признаков максимального плода, и они с этими признаками имеют достоверные значения положительной корреляционной связи. Однако влияние высотного фактора на изменчивость ширины плода и числа семян в плоде не значимо, и оно носит случайный характер.

IV. У средних значений весовых признаков (массы растения, корня, генеративного побега, максимального плода, семян с последнего, масса плодов и семян с боковых ветвей и массы семян с растения) сохраняется та же тенденция, которая нами была выявлена для вышеотмеченных, и связанных с последними, морфологических показателей этого объекта. Максимальные средние величины для этих семи весовых признаков характерны для растений, которые были получены после посева в условиях среднего горного пояса (1100 м высоты над ур. м.). Между высотным фактором и учтёнными весовыми признаками этого вида отмечены существенные, на самом высоком (99,9 %) уровне достоверности, значения положительной корреляционной связи.

V. Однако, для средних показателей индексных признаков (отношения массы генеративного побега к таковой корня – надземной массы к подземной, массы растения к таковой корня, репродуктивного усилия – массы семян с растения к таковой самого растения, ста семян) характерны разноречивые тенденции. Для признаков этой группы максимальные средние величины характерны для особей, выращенных на участках, расположенных на различных высотных отметках. При увеличении высотного градиента средняя доля генеративного побега в массе растения в целом и эффективность репродуктивного усилия уменьшаются, а показатели общей массы семян и ста семян – возрастают.

Таким образом, в разновысотных условиях Дагестана проведён сравнительный анализ структуры изменчивости пяти группы признаков культивара *T. foenum-graecum*. Для каждого признака определены высотные отметки с максимальными средними показателями и выявлены тенденции их роста по данному фактору. Таким же образом можно определить условия роста этой культуры с максимальными показателями нужного компонента и выявить направление его роста.

ХАРАКТЕРИСТИКА И ЗНАЧЕНИЕ АБРИКОСА ОБЫКНОВЕННОГО (*PRUNUS ARMENIACA* L.)

Османов Руслан Маликович

Анатов Джалалудин Магомедович

Горный ботанический сад ДНЦ РАН, Махачкала, Республика Дагестан, Россия

Абрикос обыкновенный (*Prunus armeniaca* L.) относится к семейству Розоцветные, имеет широкое распространение. Известно 12 неравноценных по степени обособленности и происхождению видов абрикоса. В современной научной литературе выделяют от трёх до шести возможных центров происхождения абрикоса. Среди них наиболее вероятным первичным центром считается район Тянь-Шаня в Китае. В прошлом родиной абрикоса нередко считали Армению, что связано с историей проникновения абрикоса из Азии в Европу. Абрикос называют «армянским яблоком», что позволяет предположить, что абрикос был завезён в Рим из Армении или армянскими купцами. Турция считается крупнейшим производителем абрикоса в мире. В дикорастущем виде абрикос произрастает преимущественно в Средней Азии и в Дагестане.

Один из возможных исторических путей проникновения культурного сортимента абрикоса на Северный Кавказ, в том числе и на территорию Дагестана является Шелковый путь. Помимо трех основных трасс Великого шелкового пути, существовали и другие, посредством которых все эти трассы соединялись между собой. Важная дорога шла из Нижнего Поволжья вдоль западного берега Каспийского моря через Каспийские Железные ворота – Дербент, на юг в древнюю Албанию и Парфию.

В настоящее время в Дагестане абрикос встречается во внутреннегорной его части по долинам рек: Аварское, Андийское, Кизикумукское и Кара-Койсу.

Диапазон применения абрикоса обширен от кондитерского дела и кулинарии до использования абрикоса в медицине и косметике. Интересен тот факт, что в Китае и Японии абрикосы не используют в традиционном виде, но солят, как маслины. Весьма познавательным считается то, что в северной части Индии, в долине гималайских гор, на высоте 2000 м над ур. м, проживает необычное племя под названием Хунзы, которые употребляют абрикос в разном виде (пьют напиток из сушеных абрикосов и т.д.) отличившиеся крепким здоровьем и долголетием.

Плоды абрикоса содержат большое количество железа, калия, кальция, фосфора, магния, много витамина А и сахара (до 20 %), яблочной и лимонной кислоты, а также пектина, обуславливающего высокое качество продуктов из него в чем, и заключается польза абрикосов для кровеносной системы, пищеварения и т.д.

В Горном Дагестане весьма популярным является садоводство, местные жители абрикос сушат, также из абрикоса делают вкусную и полезную сладость – урбеч, которую некоторые национальности используют для приготовления национальных блюд, примером этого может служить блюдо «курч» у лакцев. Таким образом, абрикос можно рассматривать с разных аспектов, в том числе и с этноботанической стороны. Так аварцы называют абрикос «ахбазан», даргинцы – «авхазан курега», лезгины – «машмаш», табасаранцы – «мишмиш», лакцы – «ахъвазан», кумыки – «кюреге», ногайцы – «куъреге». Абрикосы также декоративны (отличаются ранним и обильным цветением, красивой осенней листвой) и используются в озеленении. Древесина абрикосового дерева используется народами Кавказа для изготовления музыкальных инструментов, таких как армянский дудук, балабан, шви, зурна и др.

Постановлением Правительства РФ от 15 марта 2007 года за № 162, заготовка древесины из всех видов дикорастущего абрикоса запрещена. Следует, что абрикос в Горном Дагестане часто подвергается грибковым заболеваниям (клястероспориоз и монилиоз), что связано с повышенной влажностью в горной местности и частыми осадками. Во избежание этого следует проводить систематическое опрыскивание химическими препаратами.

Но помимо положительного действия абрикос обладает и вредными свойствами, из-за состава в косточках амигдалина при попадании в организм, который превращается в синильную кислоту, что в свою очередь вызывает отравление.

В России насчитывается 65 сортов абрикоса, среди них есть сорта, созданные в Дагестане: Хекобарш, Хонобах, Шиндахлан, Тамаша и др. В коллекции экспериментальных баз Горного ботанического сада ДНЦ РАН насчитывается более 150 сортов, форм и гибридов абрикоса представленные из разных эколого-географических групп. С 1992 года в Горном ботаническом саду проводится планомерное изучение генетических ресурсов абрикоса, вследствие чего выявлено более 100 местных сортов и форм. В настоящее время на экспериментальных базах проводится эколого-селекционные испытания сортов и форм абрикоса по важнейшим хозяйственно-ценным признакам.

НАСЛЕДИЕ САЙФУЛЛА-КАДИ БАШЛАРОВА КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ДУХОВНО - НРАВСТВЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА МОЛОДЕЖИ

Гаджиев Магомед Шихмирзаевич

*«Медицинский колледж имени Башларова» аспирант ДГПУ, Махачкала,
Республика Дагестан, Россия*

Духовно-нравственное воспитание и развитие человека как личности является одной из важных направлений государственной политики Российской Федерации. Соблюдение законов и норм – эти основополагающие для любого государства факторы непосредственно зависят от принятия человеком общенациональных и общечеловеческих ценностей, и следования им в повседневной жизни.

Нынешнее время ознаменовано значительным ростом интереса общества к имеющимся, накопленным социумом на протяжении веков, духовным императивам, поэтому назрела насущная необходимость более глубокого изучения традиционных принципов воспитательной практики с целью попытки создания современной концепции и программы духовного развития молодежи. Оно неотъемлемо от таких факторов как: культура, традиции конкретного общества; проще говоря, от менталитета страны, в которой проживает человек. В Исламе религия и мирская жизнь неразрывно взаимосвязаны. Ислам активно участвует не только в воспитании и наставлении мусульманской молодежи, но и в более широком социальном служении обществу в целом.

Проблема воспитания молодежи в Российской Федерации приобрела в последние годы особую остроту. Решение вопросов патриотического воспитания молодежи, укрепления института семьи, сохранения духовно-нравственных ценностей зависит от конструктивного взаимодействия власти и общества, светских и духовных структур гражданского общества. Поэтому можно с полной уверенностью сказать, что проведение различного рода мероприятий, круглых столов и конференций, на которых представители государственных структур, религиозные и общественные деятели конструктивно обсуждают данную проблематику, играет позитивную роль в ее решении.

В условиях поликонфессионального Северного Кавказа, в частности Дагестана, большую часть которого составляют мусульмане, исламские источники являются замечательной сокровищницей культуры, ресурсом воспитания и эталоном для подражания. Эти бесценные родники мудрости, без всякого сомнения, оказываются непревзойденными в деле воспитания молодежи. В связи, с чем исследование наследия ученых Ислама, являются значимыми и востребованными для общества.

В одном из высказываний Посланника Всевышнего, мир ему, сказано: «ученые – это путеводные звезды для людей». Одной из таких ярких звезд на небосводе ученых является Сайфулла-кади Башларов.

Сайфулла-кади Башларов родился 1850 году в селе Ницовкра Лакского района республики Дагестан. Еще с детства маленький Сайфулла отличался прилежным характером и тягой к науке. К девяти годам он не только свободно читал Коран, но знал многие суры наизусть, а также немало арабских слов.

В 1859 году Сайфулла-кади с отцом переехал в г. Астрахань, где прожил более семи лет. Здесь он окончил трехлетнее татарско-мусульманское медресе, в совершенстве овладел татарским языком и достиг немалых успехов в укреплении знаний арабского языка.

К концу первого астраханского периода жизни, т.е. к 1866 году, Сайфулла-кади хорошо владел арабским языком. Помимо этого, он знал еще шесть языков: лакский, аварский, татарский, русский, башкирский и казахский.

В 1866 году Сайфулла-кади поступил в Арчибское медресе, где он учился в течение трех лет. Его главным мударисом был известный алим – арабист, знаток арабского, азербайджанского и арчибского языков шейх Мамма-Дибир Арчибский. В последующем, с 1877 года до своей смерти в 1919 году, Сайфулла-кади овладел еще более чем десятью языками (в том числе немецким).

С 1869 года Сайфулла-кади совершенствовал свои знания по арабскому языку, риторике, хади-сах и фикхи, а также медицине у Хасана Кудалинского. С 1875 года он углубленно изучал исламское право и суфийские науки в Согратле Гунибского района. В 1914 году он уже обучается во всемирно известном Египетском университете Аль-Азхар. С 1909 по 1918 год Сайфулла-кади выполнял обязанности муфтия Дагестана и Северного Кавказа.

Сайфулла-кади был человеком мягким по характеру, уважительным, проникательным, с удивительным мышлением, находящим исчерпывающие ответы на вопросы, которые многие алимы не находили ответов.

Среди многочисленных трудов Сайфуллы – кади одно занимает особое место. Это – книга «Канзуль ма'ариф».

В разделе о науке тасаввуф, автор с удивительной мудростью, мягким назиданием призывает читателей к самоконтролю, высокой нравственности, уважению, милосердию и любви к ближнему. Здесь рассказывается о четырех золотых принципах, в которых собраны, можно сказать, вся этика истинного верующего, весь духовный потенциал Ислама.

Он пишет: человек, стремящийся к спасению от наказания на том свете и обретению Рая, прежде чем совершить какой-либо поступок, или высказать какое-то слово, должен, в первую очередь, представить себя отвечающим за этот поступок или слово перед Всевышним Аллахом. Ведь поистине Всевышний спросит за каждое совершенное деяние и высказанное слово. И пусть человек, прежде чем совершить какое-либо деяние, представит себя отвечающим за него перед Всевышним Аллахом. Ему не следует совершить какое-либо деяние или высказать слово, если только не уверен, что Всевышний будет доволен этим поступком. По этому поводу Посланник, мир ему, сказал: «Отчитайте себя до того, пока вас не отчитали, взвесьте свои деяния, пока их не взвесили».

Смысл второго принципа заключается в том, чтобы человек ничего не совершал до тех пор, пока не выяснит цель своего поступка. Если этот поступок совершается ради довольства Всевышнего Аллаха – то человек может смело его совершить, а если совершение данного поступка имеет другие цели – то пусть он откажется от нее.

Третий принцип заключается в милосердии ко всем и всему, что окружает человека. Если этот принцип утвердился в сердце человека, и он будет действовать соответственно этому принципу, Всевышний Аллах озарит его лучами Своего милосердия и даст ему вкусить сладость веры, и получит он из наследства Пророка, мир ему, полную долю, ибо Всевышний Аллах сказал, обращаясь к Пророку, мир ему: «Я ниспослал тебя как милость для миров».

Четвертый принцип – это наилучший нрав, к обретению которых должен стремиться каждый истинно верующий. Именно этот принцип, является сливками религии Ислам, ее основой и опорой, ибо Посланник Аллаха, мир ему, сказал: «Поистине, я послан для усовершенствования благих нравов».

В завещании своему духовному преемнику Сайфулла-кади пишет: «Я завещаю тебе, чтобы ты придерживался Корана и Сунны, и чтобы очищал вероубеждение (акыду) в соответствии с последователями Сунны, являющимися спасенной группой, с чем согласились имамы тарикатов. Также завещаю, чтобы ты уважал хафизов, ученых и мюридов, чтобы твое сердце было чистым, чтобы ты был щедрым, добрым, великодушным, безвредным, прощающим ошибки братьев, по-доброму наставляющим младших и старших, оставляющим спор и алчность, надеющимся на спасение только через правду, опирающимся на Аллаха при решении своих нужд. Аллах не бросает тех, кто надеется на Него. Невозможно познание Аллаха, кроме как через следование за Пророком, мир ему. Не думай, что ты лучше кого-либо, даже не замечай своего существования и дела тех, кто злословит на тебя из зависти (хасада) или сплетничает...»

Таким образом, обращение к истинным источникам, наследию ученых Ислама, изучение их жизненного пути воспитывает в мусульманине скромность и простоту, уважение и милосердие к ближнему, любовь к соплеменникам, Родине, и человечеству вообще. В этом плане педагогический потенциал Ислама представляет собой совокупность ценностных, содержательных и методических средств, которые позволяют оказывать положительное воздействие на людей. Жизненная практика наглядно демонстрирует эффективность педагогических возможностей Ислама в качестве духовной основы умственного и физического развития человека, его созидательной деятельности. Молодежь, имея крепкую мировоззренческую и идеологическую основу, будут застрахованы от попадания в сомнительные экстремистские группировки молодежи, смогут отличить истинные ценности ислама от заблуждений.

Духовно-нравственное развитие и воспитание молодежи в целом является сложным, многоплановым процессом. Оно неотделимо от жизни человека во всей её полноте и противоречивости, от семьи, общества, культуры, человечества в целом, от страны проживания и культурно-исторической эпохи, формирующей образ жизни народа и сознание человека. Оно также является ключевым фактором успешного развития страны, обеспечения духовного единства народа и объединяющих его моральных ценностей, политической и экономической стабильности, ибо каждое государство, каждая нация сильны не только своими природными ресурсами, военной мощью и производственным потенциалом, но в первую очередь – своей высокой культурой и духовностью.

ПИТАНИЕ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА В ИСЛАМЕ

*Харчиева Зарема Билаловна
Магомедова Зайнаб Мухумаевна*

Гуманитарно-педагогический колледж, Махачкала, Республика Дагестан, Россия

Современная практическая медицина утверждает, что питание – это ключ к хорошему здоровью, и тот, кто прислушивается к советам диетологов, в итоге, экономит на лечении

Пророк (да благословит его Аллагь и приветствует) сформулировал принципы питания, которые оказали огромное влияние на развитие арабской и исламской медицины. Он говорил:

«Желудок – это колодец тела, и из него напоятся кровеносные сосуды. Если он здоров, то по сосудам разносится здоровье, если он болен, то по сосудам разносится по телу яд».

Питание и связанные с ним меры предосторожности обозначались словом «химья». Ибн Харис, которого называли «лекарем арабов», сказал:

«Химья – это источник всякого исцеления, а желудок – дом всякой болезни».

Чтобы лучше понять смысл, который арабы вкладывали в слово «химья», необходимо рассказать об одном случае, когда Пророка и его двоюродного брата Али пригласили на трапезу в дом Умм аль-Мандари.

Начав есть, Пророк Мухаммад (мир ему и благословение) остановился и сказал Али: «Ты недавно болел» и пододвинул к нему блюдо из перловой крупы с листовой свеклой со словами: «Это тебе полезнее».

Перловая крупа издавна была важной частью арабской кухни и использовалась в арабской медицине. Естественно, она часто была на столе у Посланника Аллаха и сподвижников.

Таким образом, слово «химья» имеет три значения:

- 1) это то, что едят как лекарство;
- 2) это то, что едят для поддержания здоровья;
- 3) это то, что едят помимо лекарств как вспомогательное средство для скорейшего выздоровления.

Пророк Мухаммад (да благословит его Всевышний и приветствует) говорил: «Наихудший сосуд, который может быть наполнен человеком, – это его желудок. Достаточно есть столько, сколько необходимо для поддержания сил если этого слишком мало, тогда: треть [желудка] – для пищи, треть – для питья и треть – для дыхания».

Исключение возможно в отдельных случаях. Например, когда человек гостит у другого. Однажды Абу Хурайра, находясь рядом с Пророком, выпил очень много молока и воскликнул: «Больше нет места выпить еще!».

Сподвижники Пророка ели порой досыта в его присутствии и он (да благословит его Всевышний и приветствует) не упрекал их. Ученые говорили: «Наихудшее для желудка – это прием пищи поверх той, что еще не переварилась».

Постоянное переедание крайне пагубно как для души человека, так и для его тела. Допускающие такого рода излишества люди пассивны, ленивы и более склонны к грехам и проступкам.

Однажды к пророку Мухаммаду (да благословит его Аллагь и приветствует) пришел в гости человек неверующий. Посланник Аллагья приказал домашним подоить козу. Гость выпил надоенного молока и не насытился. Подоили еще одну, а он опять не насытился. И так продолжалось до тех пор, пока этот человек не выпил столько молока, сколько надоили с семерых коз. Гость переночевал и на утро [к удивлению, многих] стал верующим. На завтрак ему принесли молока, надоенного с одной козы. Он выпил. Затем принесли еще, но гость не смог допить. Пророк (да благословит его Аллагь и приветствует) пояснил: «Верующий (му'мин) ест за одного человека, а неверующий – за семерых».

Правильное питание – это залог здоровья, силы и красоты человека. Однако многие из нас подвержены вредным привычкам и безответственно относятся к питанию, недопонимая огромное значение этого фактора человеческого существования. Одни считают, что рациональное питание определяется только количеством продуктов, другие просто полагаются на свой аппетит, забывая при этом, что пища является не только источником энергии, но и важнейшим строительным материалом для формирования сложных структур организма.

Рациональное питание – это своевременное снабжение организма пищей, содержащей жизненно важные питательные вещества в оптимальных количествах, с учетом характера труда человека и его индивидуальных особенностей: возраста, пола, роста, веса и т. п.

Употребление пищи в строго определенное время очень важно потому, что вырабатывается условный рефлекс в деятельности пищеварительных желез желудка. Пища, попадая в желудок, уже

«приготовившийся» к ее перевариванию, значительно лучше усваивается. Если же человек не ест вовремя, то выделившийся желудочный сок, находясь в пустом желудке, неблагоприятно влияет на его слизистую оболочку.

В развитии многих заболеваний, в том числе и желудочно-кишечных, не последняя роль принадлежит именно нарушениям режима питания.

Особенно вредно много есть на ночь. Переполненный желудок давит на мышечную перегородку, нарушая функцию дыхания и работу сердца.

На основании экспериментальных исследований и многолетних наблюдений врачей рекомендуется трех- или четырехразовое питание в течение суток. По разным причинам, но большинство людей все же питаются только три раза в день.

В любом случае распределять пищу нужно, следуя правилу: сытный завтрак, плотный обед и легкий ужин. Не рекомендуется есть на ночь острые мясные блюда, пить кофе, какао, крепкий чай и т. п. Перед сном полезно выпить стакан кефира.

Правильное питание – залог здоровья, силы и красоты человека. Пророк Мухаммад (да благословит его Аллах и приветствует) был лучшим из людей. Его жизнеописание и привычки, изложенные в сунне, являются образцом для подражания и эталоном правильного образа жизни. В наше время очень популярна тема правильного питания, диет. Сунна пророка Мухаммада (да благословит его Аллах и приветствует) относительно питания, несмотря на то, что он жил много веков назад, является актуальным руководством для современного человека.

Золотым правилом приема пищи, согласно сунне, является умеренное употребление пищи – не переедать. Количество и качество потребляемой пищи имеет непосредственное влияние на наше физическое, эмоциональное и духовное состояние. Чрезмерное потребление пищи – это прямой путь к ожирению, что может привести к бесчисленным проблемам со здоровьем, включая болезни сердца, инсульт, диабет и даже рак. Сунной является ограничивать порцию еды так, чтобы ее было просто достаточно для пополнения сил и хорошего состояния. Пророк (да благословит его Аллах и приветствует) не говорил о необходимости голодания, а скорее подчеркивал важность не переедания: «Никогда не наполнял человек сосуда худшего, чем его собственное чрево! Достаточно сыну Адама нескольких кусочков пищи, благодаря которым он сможет поддерживать свои силы, а если уж неизбежно для него есть больше, пусть треть его желудка будет для еды, треть – для питья, а ещё треть – для лёгкости дыхания».

Соблюдение поста. Пост был неотъемлемой частью жизни Посланника Аллаха (да благословит его Аллах и приветствует). Он держал пост каждый понедельник и четверг. Он постился 13, 14, 15 дни каждого месяца. Если сложить все это вместе, получится, что примерно треть каждого месяца Пророк (да благословит его Аллах и приветствует) держал пост. Пророк Мухаммад (да благословит его Аллах и приветствует) принимал пищу один раз в день. Если он ел утром, он не принимал пищу до следующего утра. Кроме духовной пользы, соблюдение поста имеет множество преимуществ для здоровья человека: снижение кровяного давления, уменьшение риска развития рака, уменьшение предрасположенности к стрессу, сжигание жира, улучшение контроль уровня сахара в крови и контроль аппетита.

Посланник Аллаха (да благословит его Аллах и приветствует) избирательно относился к выбору своей пищи. Его рацион состоял из простых и полезных продуктов, таких как финики, арбуз, ячменный хлеб, молоко, мед, огурцы, оливковое масло, тыква и иногда мясо. Безусловно, посланник Аллаха (да благословит его Аллах и приветствует) не употреблял запретную Всевышним пищу. Стоит отметить, что рацион пророка (да благословит его Аллах и приветствует) не был сконцентрирован на мясе. Согласно современной медицине, чрезмерное потребление мяса может привести к серьезным физическим и духовным последствиям.

Этикет приема пищи. В приеме пищи важно не только то, что употребляет в себя человек, но и то, как он это делает. Согласно сунне трапеза приема пищи, прием пищи нужно начинать с намерения, например, забота о теле, намерение получить достаточно сил для выполнения религиозных обязанностей и совершения благих поступков.

Начинать прием пищи следует именем Всевышнего. Следует разжевывать еду хорошо, полностью проглатывать то, что во рту, прежде чем брать следующую порцию, есть не спеша и соблюдать этикет приема пищи, даже если вы голодны. Есть нужно правой рукой, хвалить вкусную еду и не критиковать невкусную, проявлять сдержанность в еде, заканчивать прием пищи раньше всех, прославлять Аллаха после еды.

Крепкое здоровье и высокий иммунитет – результат слаженной работы всего организма, когда потребляемая пища усваивается полностью, являясь набором полезных элементов, своевременно протекают обменные процессы в системе пищеварения организма. Доказано давно, что питание влияет на следующие функции организма человека: Здоровье, внешний вид, красота, волосы, кожа, ногти, цвет лица, жизненная энергия, самочувствие, настроение.

ВОПРОСЫ ГИГИЕНЫ В ИСЛАМЕ

*Биякаева Патимат Исмаиловна
Магомедова Зайнаб Мухумаевна*

Гуманитарно-педагогический колледж, Махачкала, Республика Дагестан, Россия

Ислам – это не просто некое собрание философских догматов, но спектр вобранных в себя советов о том, как следует обустраивать все сферы человеческой жизни. Ислам – это религия, закладывающая основы цивилизации, создающая фундамент для гармоничного развития общества, затрагивающая все сферы жизнедеятельности. От вопросов о сущности бытия до вопросов личной гигиены человека, от института бракосочетания до системы налогообложения, судопроизводства и законодательства. Ислам – это религия, призванная привести в порядок жизнь отдельного человека и направить верной дорогой все человеческое общество. Немаловажную роль в религии играет чистота, поэтому, сегодня мы поговорим об одном из культура-образующих факторов Ислама - о внешней чистоте и гигиене.

В Исламе уделяется огромное внимание чистоте и гигиене. Каждая книга по мусульманскому праву начинается с раздела «Тагъара» (очищение). Ведь именно очищение является ключом к молитве, поклонению. В хадисе Пророка Мухаммада (мир ему и благословение) говорится: «Чистота – это половина веры».

Человеку следует всегда быть чистым и опрятным, Пророк Мухаммад (мир ему и благословение) велел чистить зубы, стричь ногти, хранить в чистоте одежду, держать в чистоте тело, ухаживать за бородой и т.д. Мусульманин все, что его окружает, должен держать в чистоте.

Основной целью исламской медицины и медицины научной является общество духовно и физически здоровых людей, и принципы их сходятся, – это сведение к минимуму всех опасностей, которые угрожают человеческому здоровью.

А Ислам – это источник здоровья и исцеления. В священном Коране содержатся самые необходимые сведения о строении организма человека, продолжении рода, о болезнях, о методах лечения о смерти!

Хотелось бы привести несколько живых примеров, подтверждающих, что аяты Корана – целебный бальзам для человеческих сердец, что они исцеляют и духовные, и телесные недуги.

Для исцеления необходимо искренне и глубоко верить в Аллага, и тогда неизбежно будет проявлено и исцеление!

В медицине популярными являются слова «гигиена» и «профилактика». А в священном Коране они имеют значение как «тагъарат». Если смотреть с точки зрения современной медицины, то это звучит как «щит от всех болезней», а ещё яснее – «чистота – залог здоровья!»

Я сама глубоко убеждена в том, что современные принципы профилактической медицины переняты из сур священного Корана. И вот почему.

«Тагъарат» – значит избавиться от грязи и держаться подальше от нечистот. Но здесь подразумевается и духовная чистота, чистота места проживания, тела, одежды, территории и особенно воды!

Если из вышесказанного сделать правильные выводы (а медикам сделать выводы нетрудно) – это спасение общества от инфекционных заболеваний и бесспорная гармония человека с природой!

Начнём с намаза. Здесь наступает удивительная гармония психического и физического состояния, устанавливается равновесие нервной системы.

Выражаясь языком медицины, отступают патологические изменения организма. Если же говорить ещё более понятным языком, при совершении намаза приходит в движение весь организм: суставы, мышцы, сухожилия, нервные волокна (биологически активные точки), кровеносные сосуды, зрение, слух, обоняние и, что самое важное, – страж здоровья организма – позвоночник! И это – пять раз в сутки!

Душа человека устроена так, что получает колоссальное наслаждение от эстетики, симметрии, красоты, чистоты, порядка и гармонии цветов – словом, от всех воплощений совершенного. Все цвета и виды в природе отражают гармонию и красоту, от которых душа человека получает тончайшее удовольствие.

Люди всегда предпочитают отдыхать на природе, в местах, красота которых естественна. Находясь рядом с обильной зеленью, лесом, на берегу моря или реки, вдыхая ароматы чистого воздуха, земли и воды, человек всегда испытывает успокоение и радость.

Едва ли кому-то из людей могут нравиться места, куда не проникают солнечные лучи, где нет зелени и чистого воздуха. Халиф Абу-Бакр (да будет доволен им Аллага!), наставляя войско, которое

отправлялось на битву, говорил: «Не рубите пальмы, не сжигайте, не губите плодоносящие деревья!». Три раза сподвижник Пророка (да будет доволен им Аллах!) повторял призыв заботиться о растительности. Находясь на поле битвы, сподвижники должны были беречь природу, оберегать животных и деревья, которые принадлежат врагам.

В хадисе Посланника Аллаха (да благословит его Аллагь и приветствует) говорится: «Знайте, что без какой-либо необходимости рубить дерево, которое дает хотя бы тень для человека – это грех». Посланник Аллаха (да благословит его Аллагь и приветствует) в хадисе говорит: «Тому, кто срубит дерево (без нужды), сожгут голову в Аду».

Также мы обязаны беречь чистоту наших вод и рек. Нельзя загрязнять даже ту воду, которая у нас дома, без какой-либо необходимости – это порицает Ислам, не говоря уже о тех водах, которых мы загрязняем. Вода сотворена Аллагьом в чистоте, она прозрачна, и делать ее вредной для здоровья – это грех, это противоречит принципам и нормам Ислама.

Чем больше раб познает Всевышнего, чем больше он соблюдает заповеди религии, тем больше он думает о людях, об окружающих – больше о других, чем о себе. Вот это мерило нашего имана, это индикатор веры в Аллагья!

Загрязнять природу, оставлять мусор после себя – это не исламский принцип. Нужно везде оставлять после себя чистоту, чтобы не быть человеком, творящим смуту на земле – но быть человеком, который бережет эту землю, красоту природы.

Для Ислама важен, прежде всего, здоровый человек, как в духовном, так и в физическом отношении. В связи с этим мусульманская религия запрещает любые виды самоистязания, самобичевания или умерщвления плоти, имеющие место в некоторых религиозно-философских течениях. Наряду с этим следует отметить также, что Ислам уделяет большое значение чистоте и личной гигиене человека. Символично, что каждая книга по мусульманскому праву, как правило, начинается с раздела «Очищение» («Тахара»). Ведь именно очищение и чистота являются ключом к молитве – поклонению, совершаемому мусульманином пять раз в день, а молитва – это ключ к Раю.

Пророк Мухаммад (да благословит его Аллагь и приветствует) провозгласил: «И перед телом твоим у тебя обязанности». Посланник (да благословит его Аллагь и приветствует) призывал людей к поддержанию чистоты тела посредством купания. Он говорил: «Купание в пятницу – долг каждого совершеннолетнего», «Обязанность всякого мусульманина каждые семь дней мыть свою голову и тело». Именно поэтому, согласно некоторым богословско-правовым школам (мазхабам) Ислама, купание в пятницу является обязанностью мусульманина.

Кроме того, Пророк Мухаммад (да благословит его Аллагь и приветствует) постоянно побуждал людей уделять внимание чистоте зубов и гигиене рта. Он говорил: «Сивак очищает рот и радует Господа». Внимание, которое Пророк (да благословит его Аллагь и приветствует) уделял гигиене рта, доходило до такой степени, что он говорил: «Если бы я не боялся создать трудностей для членов моей общины, то я бы непременно вменил бы им в обязанность использование зубочистки перед молитвой».

Немаловажное значение Пророк (да благословит его Аллагь и приветствует) уделял также и уходу за волосами. «У кого есть волосы, пусть он облагораживает их», – говорил он. Неряшливый вид человека всегда вызывал у него недовольство. Ислам учит человека и интимной гигиене – очищению подмышечных впадин и лобка от волосяного покрова, которое, согласно Сунне Пророка (да благословит его Аллагь и приветствует), должно совершаться не менее одного раза в сорок дней.

Что касается одежды мусульманина, то она должна быть всегда чистой и опрятной, от неё должен исходить приятный аромат и благоухание. Пророк (да благословит его Аллагь и приветствует), увидев однажды человека в грязной одежде, спросил: «Неужели он не мог найти ничего, чтобы постирать свою одежду?». Описывая самого Пророка (да благословит его Аллагь и приветствует), его сподвижник Анас ибн Малик (да будет доволен им Аллах) рассказывал: «Мне никогда не приходилось вдыхать аромата амбры, мускуса или чего-нибудь иного, более приятного, чем запах, исходивший от Посланника (да благословит его Аллагь и приветствует)».

Следует обратить внимание, что и поклонение в Исламе частично направлено на укрепление физического здоровья человека, поддержание в нем духа социальной активности. Так, ежедневная пятикратная молитва, совершаемая коллективно в мечети или индивидуально в домашней обстановке, требует от человека противостоять лени, прилагать определённые усилия, делает его более организованным и собранным. Обряды паломничества также налагают определённую физическую нагрузку, воспитывая выносливость, выдержку и подвергая человека испытаниям вдали от комфорта и удобств повседневной жизни. В то же время Ислам запрещает какие-либо крайности в поклонении, наносящие физический ущерб.

Иногда человек добровольно отказывается от даров природы, подвергая себя чрезмерному воздержанию от пищи, лишая свой организм необходимых веществ и витаминов, и, тем самым, причиняя непоправимый вред здоровью. В Священном Коране по этому поводу говорится: «Скажи, кто наложил запрет на те прекрасные дары Аллаха, что Он низвёл для рабов Своих, и ту благую снедь, которой Он вас питает?» (Коран, 7:32). «О вас, кто верует! Не запретны приятные яства, что вам дозволил Бог» (Коран, 5:87).

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ИСЛАМЕ

Магомедова И.К.

Дагестанский гуманитарный институт, Махачкала, Республика Дагестан, Россия

Формирование здорового образа жизни – сложный системный процесс, охватывающий множество компонентов жизни современного общества.

Целью данной статьи является довести до людей что ислам – это не просто религия, но и здоровый образ жизни, и что религия ислам не предписывает нам ничего, в чём нет пользы для нас, а также показать важность соблюдения шариатских норм, как основы здорового образа жизни и формирование общества духовно и физически здоровых людей, и использование медицины сунны Пророка в лечении.

Рассматривая ислам как образ жизни мусульман, можно с уверенностью сказать, что это есть система здорового образа жизни. Ислам – последняя из ниспосланных откровением божественных религий. Его отличает простота и доступность разума любого человека. Его учении касаются всех людей независимости от географического или временного измерения. Это огромный мир со своими законами, моралью, эстетическими и нравственными нормами. Сотни миллионов людей поклоняются Аллаху, чтут Его Пророка Мухаммада, живут по законам ислама. Однако для многих эта религия остается полной тайн и загадок. Ислам – одна из мировых религий сыгравшая значительную роль в истории человеческой цивилизации и продолжает оказывать существенное влияние на различные сферы жизни многих стран мира, а также жизни и здоровье отдельных личностей.

Многие вещи, которые человечество каждый день открывает во всех областях науки, включая медицину прогнозировались в Священном Коране за 14 веков назад. Содержащиеся в Коране и Сунне заповеди и наставления способствуют поддержанию физического, интеллектуального, эмоционального и духовного благополучия человека, поскольку его физическое здоровье неразрывно связано с остальными аспектами бытия. Согласно исламу, здоровье – это дар Аллаха, который человек обязан беречь и которым он должен распорядиться наилучшим образом. Пророк Мухаммад сказал: «Есть два блага, к которым многие люди относятся небрежно: здоровье и свободное время». Современный человек ведет беспорядочную жизнь. Такое отношение к жизни ослабляет человека. Ислам, по большому счету, это знание, которое позволяет принести в жизнь порядок, четкость, последовательность. Ислам дает цель, достижение которой позволяет обрести Рай. Ислам – это не только ритуалы, совершаемые время от времени. Ислам – это целая система, регулирующая каждую сторону жизни человека.

Основной целью исламской медицины и медицины научной является общество духовно и физически здоровых людей, и принципы их сходятся, – это сведение к минимуму всех опасностей, которые угрожают человеческому здоровью. А Ислам – это источник здоровья и исцеления. В священном Коране содержатся самые необходимые сведения о строении организма человека, продолжении рода, о болезнях, о методах лечения о смерти!

Медицина Пророка или исламская медицина – это лечение по сунне, которое основывается на том, что передано от Пророка Мухаммада, будь это коранические аяты или пророческие хадисы. К лечению относится всё то, что описывал Пророк, отвечая на вопросы сподвижников об излечении от недугов. Медицина Пророка объединяет в себе всё то, что связано со здоровьем человека в течение жизни касательно его пищи, питья, жилья. Она также содержит в себе законодательство, касающееся вопросов лечения, осуществления медицинской практики, ответственности врачей с точки зрения Ислама.

Древняя медицина – почетная наука, начало которой идет от Пророков, мир Им всем и наилучшие приветствия, и благословения. Именно они первые, кто имел знания по этой науке. Пророку Адаму, мир Ему, были даны знания о свойствах различных растений. Пророки Идрис (Енох), Сулейман, мир Им, также добавили знания к этой науке. Отсюда следует понимать, что название древняя медицина эта наука и получила из-за того, что Пророки первые знали и применяли ее. Но люди всегда расширяют свои познания благодаря находкам и опыту. Таким образом, эта наука переходила из одной эпохи в другую. Значительный вклад в развитие Древней медицины внесли греки. От греков многое взяли арабы, добавив то, что было им дано даром от Всевышнего, и благодаря глубокому пониманию и мудрости они также смогли развить эту науку. В исламском мире строились медицинские учреждения, в которых обучались все желающие. Мусульманские врачи достигли больших успехов.

В истории зафиксировано много известных имен врачей-мусульман, достижения которых легли в основу современных методов лечения и дают пользу людям и в настоящее время. Основа всех ме-

дицинских знаний и, в частности, лечебных свойств растений, период расцвета исламской цивилизации, находятся в трудах выдающегося ученого Средней Азии, врача, философа, поэта Авиценны (Абу Али Хусейн Ибн Абдуллах Ибн Сина, 980–1037). Многочисленные тома его энциклопедического труда, известного под названием «Канон врачебной науки» и представляющего собой обобщение взглядов и опыта греческих, римских, византийских, индийских, арабских и среднеазиатских врачей. Европейцы во время путешествий посещали исламские страны, где получали знания о медицине. Таким образом, эта древняя наука развивалась, обогащалась все новыми знаниями и достижениями, имея большое значение для людей и занимая почетное место среди других наук.

Всевышний, так любит нас и проявляет заботу, что не предписывает нам ничего, в чём нет пользы для нас. Чистоте и гигиене в исламе уделяется особое внимание. Первым словом первой суры Корана было слово «читай». Во второй суре было ниспослано: «И одежду свою очисти». Это первая вера, объявившая войну нечистоте. Кроме общего предписания чистоты, в Исламе есть и уточнения, от чего нужно оберегаться, а именно: гной, кровь, выделения из раны, моча, кал, мокрота собаки и свиньи, всякая мертвечина. В настоящее время и наукой установлено, что именно они являются наиболее благоприятной средой для развития болезнетворных микробов.

Ещё интересно, что Ислам предписывает счищать их в случае попадания на одежду до тех пор, пока не отойдут цвет и запах. Современная наука признаёт, что только так можно удалить микробы. Предписав Кораном и сунной очищение от всего этого за одиннадцать веков до открытия микробов, Ислам установил общие правила гигиены.

Современная профилактическая медицина – это наука о способах предотвращения и распространения заболеваний, о путях укрепления физического и психического здоровья, как отдельного человека, так и групп людей. Основы профилактической медицины, в том контексте, в каком она согласуется с некоторыми нормами Ислама, были заложены более четырнадцати веков назад. Эти основы даны в форме общего учения, содержащего предписания и наставления, которые мусульманин обязан исполнять, повинуюсь Всевышнему. Профилактическая медицина в её исламском понимании имеет особое значение, так как с нею связывается вознаграждение на том свете, и её процедуры предписано совершать, как минимум пять раз в сутки, что связано с обязательными намазами.

Таким образом, Ислам отвечает нам на вопросы, как правильно жить, как беречь своё здоровье, как пользоваться дарами Аллаха и при этом достичь Его довольства в этой и следующей жизни.

Подводя итог, мне особо хотелось бы подчеркнуть, что медицина и Ислам – это здоровый человек. И эти две ветви, важнейшие для человечества, тесно переплетены. И они немыслимы друг без друга, это физическое и духовное объединение человека и общества в целом.

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА СОГЛАСНО ИСЛАМУ

Омаров Магомед Арипович

Дагестанский гуманитарный институт, Махачкала, Республика Дагестан, Россия

Существует мир, значит и есть его создатель, он и есть тот единственный бог, имя которому Аллах. Удивительный порядок и гармония существующая во всей Вселенной указывает на единственность Бога. Бог создал весь этот мир ради человека – это великое почтение к нему. Человек самое удивительное, почётное и любимое творение Всевышнего. Все божественные религии, ниспосланные человечеству через сотни тысяч пророков основаны на любви к человеку. Любовь требует от нас уважения и желание добра каждому человеку и старание в принесении пользы для него, несмотря на различие их внешности или поведение. Это и есть по сути соблюдение прав человека. Самый великий человек в истории человечества – пророк Мухаммад сказал: «Самый лучший человек это тот, кто больше приносит пользу для людей», «Кто избавил человека от горя, ему Всевышний прощает 73 грехов», «Обрадовать мусульманина – это то, что способствует прощению грехов». Эти и другие многочисленные хадисы и аяты Корана указывает на то, что ислам призывает всё человечество к взаимной любви, взаимопомощи и стремлению принести больше пользы. Исцеление человека от болезни и есть одна из самых больших польз, и то, что его радует и избавляет от горя. Поэтому медицинский работник может стать самым лучшим из людей при правильном поведении.

Как известно самое главное для человека это его здоровье, и духовное и телесное. Однажды один из особо почитаемых сподвижников Абу Зарр нашёл людей в молитве, он послушал их и потом сказал: «Вы очень много хорошего просите у Бога. Но от всего этого вы не получите удовольствия без здоровья, просите Аллаха о здоровье». Пророк также нас учит просить о здоровье и между азаном и икамом, когда Всевышний принимает дуа. Оба вида здоровья взаимосвязаны и зависят друг от друга. Есть такое понятие «В здоровом теле здоровый дух». Я бы переставил эти слова «дух» и «тело» и сказал бы: «У кого здоровая душа у того и здоровое тело», ибо душа в человеке главнее. Если у человека душа здоровая, то он будет стремиться к здоровому образу жизни, профилактике и лечению болезни, и как правило его тело будет здоровым.

И так вся наука делится на два вида: та, которая заботится о здоровье души – религиозная наука; та, которая занимается вопросами телесного здоровья – медицинская наука. В деле достижения здоровья обязательно есть врачеватель и пациент. Хороший результат зависит от поведения обоих, отдельно один из них не может обеспечить хороший результат. Поэтому очень важно правильное поведение обоих из них.

Важнее и ценнее здоровья и правильного поведения ничего нет. Поэтому добросовестные исцелители являются людьми одного из самых почетных профессий. А их недобросовестное отношение к своей профессии становится самыми пагубными, и на них лежит большая ответственность. В хадисе сказано: «Каждый человек является пастухом и каждый ответствен за свою паству». Исходя из этого хадиса, у каждого есть своя обязанность перед другими людьми, и он должен отвечать перед ним и перед Богом за них. Это относится и к медицинским работникам.

Требования к медицинским работникам по исламу:

- Иметь достаточные знания по медицине и профессиональные навыки для лечения. Как и любой другой специалист, они обязаны иметь достаточные знания необходимые для них в профессиональной деятельности. Если будущий медицинский работник сделает упущения во время учёбы и не получит соответствующие знания и как следствие из этого допустит ошибку и пациент получит вред, то он в ответе за это перед Всевышним, за это он получит наказание от Бога. Поэтому первая и главная обязанность будущих медработников приобретать качественные знания, достаточные для практики. Великий богослов Саид-афанди (к.с), в стихах, где он восхваляет благородных рабов Аллаха, упоминая о медицинских работниках говорит: «Хвала и честь тем медикам, которые относятся к пациентам так, как они хотели бы относиться к себе, если они были бы пациентами». Знания основа в любой профессии, ибо без знаний, каким бы хорошим человеком он не будет и как бы не старается помочь людям, он не сможет этого делать качественно. Им надо подумать, как бы они хотели, чтобы врачи относились к ним, если бы они сами заболели. Никто не захочет, чтобы его лечили неграмотные работники, поэтому будущие медики должны углублять свои знания всеми доступными средствами, а не только на занятиях во время учёбы. Знание надо приобретать всю жизнь, это обязанность каждого человека и в том числе медработника.

- Медицинские работники должны понимать, что, отчасти, их деятельность очень благородна и за неё они могут получать большое воздаяние в вечной жизни, если они будут вести себя правильно. Они должны учитывать, что им доверено Всевышним великое дело – забота о здоровье самого почёт-

ного творения. Здоровье одно из самых великих благ, без которого человек не может жить полноценно, наслаждаясь благами, принося пользу обществу.

- Быть благонравным, то есть помогающим всем без исключения, несмотря на статус пациента, то есть оказать качественную услугу не только родственникам, друзьям и знакомым, а всем без исключения. Это не только требование государственного закона, но и требование божественного закона.

- Приветливое отношение к пациенту, от которого пациент приобретает надежду и спокойствие. Не секрет, что большое значение для выздоровления имеет психологическое состояние пациента, его доверие к врачу и лечению. Один великий праведник сказал: «Если я возьму обычную соломенку и дам его больному и скажу, что этим он вылечится, то действительно он вылечится, благодаря его убеждению и силе доверия ко мне». Поэтому врач должен стараться убедить пациента, что ему поможет данное лечение, в том числе и своим поведением.

- Очень большая проблема нашего времени – стоимость лечения. Поэтому при назначении лекарственных препаратов надо объяснить каждому пациенту о том, что существуют препараты, имеющие одинаковое воздействие, но разные цены. А для этого он обязан знать эти тонкости в фармакологии, чтобы он учёл деятельность некоторых недобросовестных бизнесменов, которые хотят разбогатеть на бедах людей. Ибо известно, что существует большая разница в цене лекарственных препаратов, хотя воздействие одинаково. Даже есть много случаев, когда предлагают малоэффективные, но дорогие препараты вместо дешёвых и эффективных. Некоторые медицинские работники вступают в сговор с продавцами лекарственных препаратов и заставляют покупать дорогие лекарства, получая себе бонусы от продаж. Это тоже мошенничество своего рода, а в религии запрещён любой обман, будьте осторожны. Если даже их не накажут правоохранительные органы, им всё равно не избежать кары в вечной жизни. Также врачу придётся отвечать перед Богом, если он просто выпишет дорогие лекарства, хотя есть подешевле. Он же должен знать, что одно и то же лекарство имеют разные названия у разных производителей и цена у них сильно отличается.

- Также существуют лекарства с содержанием веществ, запрещённых в религии. Об этом тоже надо знать медикам, нельзя лениться изучать тонкости, касающихся состава лекарств. Использовать такие препараты можно только в исключительных случаях, когда есть опасность для здоровья и жизни пациента, и нет других лекарственных препаратов подобного рода. В хадисе сказано, что нет лечения в запрещённом.

- Врачебная ошибка может стоить жизни людей, а если в этом будет вина врача, то ему будет великий грех, как за убийство человека. Если ошибку сделали преднамеренно, то будет грех преднамеренного убийства, а если случайно, то за случайные убийства. Но если мы ошиблись из-за того, что не знали или не умели то, что должны были знать и уметь, то это становится как преднамеренным убийством. Незнание здесь не может быть оправданием.

- Лечебное дело имеет большой риск, но оно и благородно. Кто желает заниматься лечением людей, должен стараться стать «лекарем от Бога», а для этого необходимо стараться всеми силами в получении медицинских знаний на высоком уровне, работать над повышением своего профессионального мастерства и потом постоянно просит Аллаха в помощи для лечения. Для этого самым важным условием является – чтобы врачи отдавали себя полностью медицине и лечению, полагаясь на помощь и поддержку со стороны Аллаха. Их мысли должны быть о лечении, а не о материальной выгоде. Вот тогда Аллах ему помогает и его назначения помогут людям. При правильном поведении, как и все остальные обязательно получают достаточное пропитание и богатство, а главное нам легко будет отвечать перед Богом. Главное в правильном поведении это: выполнять работу качественно, не лениться, усердствовать, иметь правильное намерение и не делать лишние расходы. Надо иметь и терпение, спокойно ждать пока Всевышний не даст вам то, что необходимо.

- Благодарить Бога, когда наше лечение приносит результат. Один из пророков спрашивает Бога: «Откуда идёт болезнь?», Бога ответил: «От Меня». А когда спросили, откуда лечение, тоже ответили, что это от Него. А когда спросили, а кто же такие врачи, Всевышний ответил, что они такие люди, через которых приходят лекарства по Моей воле. Религиозная и медицинская наука берёт начало от пророков. Но есть и такие методы лечения, которые не основываются на медицинской науке и практике. Здесь лечат духовной силой лекаря и силой упования на Бога и с помощью благих деяний и молитв. Слова Корана тоже могут исцелить от всяких болезней, если их использовать знающим и духовно чистым человеком. Также мы должны быть богобоязненными рабами, и не совершать греховные поступки. Ибо мы знаем, причиной болезни могут быть и наши грехи и, вдобавок, лечит не лекарство, а Всевышний. Лекарство лечит только если, на это есть веление Бога. Лекарство и врачи это только средства, посредством которых Бог лечит людей.

Болезнь в религии рассматривается как одно из многочисленных испытаний Всевышнего своему рабу, которая как бы указывает, что Он не забыл его и не оставил без милости и что раб тоже не должен забывать своего Создателя. В божественных писаниях рассказывается как Бог испытывал своих пророков, в том числе и болезнью. Для духовно чистых людей болезнь служит для возвышения степени перед Богом.

Всевышний иногда насылает болезнь как наказание за ослушание, когда Он наказывает того или иного притеснителя или грешника болезнью.

Также болезнь может быть для очищения грехов у верующих, чтобы их не наказать в вечной жизни, ибо наказания после смерти намного страшнее. Напоминая об этом достопочтенный шейх Саид-афанди (к.с) пишет: «О болезнь, если ты пришла по милости Бога для очищения меня от грехов, то какое великое это благо. А если это месть, за наши грехи – мы довольны любому Твоему решению».

Также болезнь напоминает нам о великом благе – здоровье, за которое мы должным образом не проявляли благодарность и поэтому нуждаемся в покаянии. Здоровье, как и любое другое благо, Всевышний даёт нам для совершения благих деяний и созидательной работы. Пророк завещал нам, чтобы мы взяли пользу от здоровья, пока Аллах не заберёт его у нас. Когда мы здоровы, должны быть благодарными Богу за это. А для этого надо использовать его для того, для чего оно дано нам Всевышним, и потом словесно поблагодарить Аллаха. Болезнь для нас в таком случае есть благо, ибо благодаря ей мы понимаем свои упущения. Об этом богослов Саид-афанди пишет: «Хорошо, что ты пришла, чтобы я понял свою слабость. Вот терпи сейчас и лежи, ты же не смогла благодарить Бога за здоровье как следует».

В любом случае мы болезнь должны воспринимать как испытание от Аллаха. Хотя мы должны избегать всё, что приводит к болезни, мы не в силах избегать болезнь, вообще. Болезнь мы должны принимать спокойно и делать всё, что в наших силах для профилактики болезни и исцеления от неё. Согласно хадису, для каждой болезни Всевышний дал и лекарство. Если мы откажемся от лекарств и лечения, то это ослушание Бога и большое неуважение к Нему. Всевышний не послал болезнь, кроме как послав для неё исцеление.

Также лечение это путь пророков, и за это мы можем получить воздаяние на том свете, если делать правильное намерение. Нехорошо жаловаться на болезнь и проявлять недовольство за то, что Бог испытал нас болезнью. Болезнь нужно переносить с терпением. Лечение тоже надо проводить в рамках медицинской и религиозной науки и этики. Сохранение здоровья и профилактика болезни – долг каждого человека, ибо здоровье один из великих благ, без которого мы не можем наслаждаться другими благами. Дополнительно к этому мы часто должны просить Бога о здоровье, ибо Пророк нам показал пример в этом. Особенно настойчиво надо просить здоровья в те часы, когда дуа принимает Всевышний.

Также ислам призывает к здоровому образу жизни и профилактике болезни и в том числе, занятие спортом и физическим трудом с целью сохранения и улучшения здоровья. В наше время одной из причин многих болезней является уменьшение физической нагрузки без уменьшения калорийности и ухудшением качества пищи. Надо иметь в виду, что причиной отсутствия болезней у ангелов является то, что они не едят. В другом предании говорится, что однажды Пророку предложили хорошего врача. Тогда он отказался от него говоря, что они едят мало и поэтому им врач не нужен. То есть почти все внутренние болезни от неправильной еды. Это всё и подтверждает современная медицинская наука.

Строгое выполнение предписаний знающего врача является условием для исцеления, ибо лечение установил Всевышний и лечит Он посредством врача и лекарств. Сами по себе лекарства и врачи не могут вылечить вас.

Для лечения в религии есть разные методы, основными из них являются следующие:

- Лечение с помощью трав, плодов и продуктами животноводства и соблюдением диеты.
- Лечение лекарственными препаратами – медикаментозное лечение.
- Лечение с помощью молитв и благих деяний и в частности с помощью благих пожертвований.

Что касается первого метода, то известно, что каждое растение и каждый продукт имеют целебные свойства. Этот метод более эффективный и безопасный в многих случаях. Но мы должны знать, что как попало использовать их нельзя, ибо некоторые из них при неправильном использовании могут быть опасными. Для эффективности, лечение должны делать под наблюдением и назначением знающего врачебное дело человека.

Есть многочисленные изречения Пророка о лечебных действиях разных продуктов и трав. Также к этому методу относятся и методы гирудотерапии, которых часто использовали с древних времён. Очень много говорится и о лечебных свойствах мёда, молочных продуктов, фруктов, овощей.

Ещё современная медицина полностью не смогла изучить лечебные свойства и методику лечения травами и диетой до конца. Здесь предстоит большая работа для медицинской науки.

Второй метод в наше время получило широкое распространение и в некоторых случаях этот метод даёт очень хорошие результаты и почти незаменим. Вместе с этим используемые при этом некоторые препараты очень сильные и имеют много побочных эффектов. Поэтому надо быть очень осторожными и чётко выполнять указания врача. Мы должны знать, что если мы потеряем здоровье из-за нашей халатности, то мы зарабатываем грех.

В последнее время очень много подделок, в том числе и в фармацевтике. При любом сомнении лучше не использовать лекарственные препараты, уточняйте у доверенных и знающих врачей, ибо некоторые недобросовестные врачи тоже обманывают, получая выгоду из реализованных лекарств.

Любая наука и в том числе медицинская является благом и поэтому мы должны следовать рекомендациям истинной науки.

А что касается третьего метода – метод с использованием молитв и благих деяний – то этот метод особенный, которая основывается на религии. Эффективность этого метода напрямую зависит от религиозности лекаря и убеждения пациента. При этом методе используются специальные молитвы, а также благие деяния пациента или его родственников, совершённые с намерением получения исцеления. В одном изречении Пророка говорится, чтобы мы лечились с помощью добровольных пожертвований (садака). Также для этого используются разные молитвы. Эти методы можно использовать в комплексе с другими методами, и они дают хорошие результаты. Этот метод в основном использовали пророки и праведники в своей практике. Также любой человек тоже может им пользоваться. В хадисе сказано, что посещаемому больного желательно молить Бога о выздоровлении больного.

Нельзя прибегать к различным суевериям в поисках исцеления – ведь каждая наука имеет своих специалистов, которые знают своё дело и к которым необходимо прислушиваться. В большинстве случаев люди попросту теряют кровно заработанные большие суммы и здоровье. Нельзя верить, что какие-то амулеты лечат нас и сохраняют от бед, это один из видов многобожия. Но талисманы, на которых написаны священные тексты и другие молитвы по воле Бога могут приносить пользу.

Также нужно проявлять признательность всем тем, кто посетил нас во время болезни, лечил нас или помог тому, кто лечит. Самое малое – мы должны поблагодарить их и читать за них молитву. Вот молитва праведника и святомученика Саида-афанди таким людям: «О господи, вознагради тех, кто ради Тебя и из любви и уважения ко мне посещал меня, когда заболел. Ты приближай к Себе тех, кто помогли мне, и за каждый шаг по пути ко мне яви им Свою милость. Сделай благодатным жизнь всех, кто постарались в моём исцелении. Дай им спокойную и благодатную жизнь, наставь их потомство по пути истины, помоги им в нуждах». Нам тоже следует читать подобного рода молитву, тем, которые посетили нас во время болезни.

Если кто-либо из наших родных или близких болеет, и у нас спрашивают о его состоянии, то желательно отвечать на такие вопросы примерно так: «Спасибо, теперь ему лучше».

Воспитанный человек навещает больного, рассматривая подобные поступки как свою обязанность и соблюдение культуры поведения. Пророк причислил посещение больного к пяти обязанностям верующего, как и сказано в его изречении. Если человек навестит больного утром, семьдесят тысяч ангелов станут обращаться к Богу с мольбой за него до вечера. А если он навестит его вечером, то до утра». О ценности навещенного больного много говорится в священных текстах. Также высоко награждаемым является навещать больного, особенно, если он родственник или знакомый. Даже если этот знакомый больной является неверующим, всё равно желательно навестить его. А медицинский работник имеет больше шансов, ибо это его и профессиональная обязанность.

Свидетельством большого значения, которое религия придаёт посещению больных является то, что Пророк и его последователи ввели этот обычай и соблюдали его, придерживаясь определённых правил этикета. И эта достойная традиция посещения больных стала переходить из поколения в поколение и закрепилась в жизни верующих и превратилась в символ взаимоотношений и взаимной любви, сочувствия и солидарности среди знакомых. Это помогает преодолевать болезни, заставляет забыть о скорби и отчаянии, вселяет в них надежду на выздоровление и укрепляет узы братства.

Навещая больного, желательно долго не задерживаться возле него, и следует стараться успокоить его и вселить ему надежду на лучшее.

Желательно утешать больного, приблизившегося к смерти, рассказывая ему о великой милости Бога, и о его же благих поступках, и вселяя ему надежду на милость. Нежелательно принуждать больного поест. Также желательно навещая больного, прочитать за него мольбу и попросить у него, чтобы он тоже молился за вас, если это его не затруднит.

Ислам прекрасен и полезен со всех сторон. Знания должны нам принести пользу, и наша жизнь должна стать благополучной и более счастливой.

Литература

1. Священный Коран. Медина 2009 г. Сборник достоверных хадисов имама аль-Бухари.
2. Сборник достоверных хадисов имама Муслима.
3. Омаров М.А. Этика и аксиология Ислама. Махачкала. 2018.
4. Имам ан-Навави. Молитвы-поминания Пророка. Махачкала, ИД «Ихсан». 2010.
5. Имам Абу Хамид аль-Газали. Ихья улюм ад-дин, Бейрут 199.
6. Хасан Хильми ад-Дагестани, «Талхис аль-маариф», Дамаск 1996.
7. Саид афанди аль-Чиркави. Маджмуат аль-фаваид,
8. Саид афанди аль-Чиркави. Назмаби
9. Махмуд Денизкушлары. Нравственность мусульманина в хадисах, , М 2007.
10. Имам Абу Хамид аль-Газали. Арбаина фи усул ад-дин. Дамаск. 1992.
11. Рамазанов К. А. Этика ислама, Махачкала, 2008.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕЛИГИОЗНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ

Ибрагимова Лейла Алиевна

*Дагестанский Государственный Педагогический Университет, Махачкала,
Республика Дагестан, Россия*

Изучение проблем религии и религиозной идентичности является одним из самых актуальных направлений в культурной и психологической антропологии, причем как на этапе становления науки, так и в современности. В большинстве современных исследований религиозная идентичность, как и идентичность личности в целом, рассматривается как многомерный процесс, играющий значимую роль в формировании личности.

М.З. Магомедова в статье «Религиозность на Северном Кавказе» анализирует роль и значение религии в культуре народов Северного Кавказа, взаимодействие религии и образования, а также межконфессиональный диалог. Религию в своей статье автор определяет максимально широко, как «взгляд на мир, основанный на вере в Бога». Один из ключевых моментов, связанных с функционированием религиозной идентичности в современном российском обществе, по мнению автора, состоит в осознании важности образовательного компонента. Подчеркивается значимость профессионального и ответственного подхода к разработке и внедрению курсов по религиоведению, на ведущее место выводится принцип толерантности [5].

Изучение религиозной идентичности осуществляется по двум параметрам: в контексте индивидуальной идентичности как «приобретение посредством религии собственного экзистенциального опыта» и в контексте социальной идентичности как принадлежность к определенному сообществу (например, к мусульманской умме). При этом религия может выступать одновременно и как содержание, и как инструмент идентификационного процесса. Так, М.М. Мchedлова религиозную идентичность определяет, как результат самоотождествления личности или референтного сообщества с определенным религиозным учением или его частью. Автор выделяет внутреннюю религиозность – т. е. Веру как таковую, и внешнюю религиозность – т. е. соблюдение определенных религиозных обрядов, церемоний, ритуалов. Широкую известность обрела концепция религиозности Г. Олпорта, на основе которой построен целый ряд исследовательских методов. Г. Олпорт выделяет внешнюю, инструментальную религиозность, которая используется для достижения каких-либо целей, и внутреннюю религиозность как важнейшее духовное начало человека, являющееся основой душевного здоровья личности [10]. Концепция Г. Олпорта легла в основу четырехфакторной структуры религиозной идентичности Д. Ван Камп, согласно которой в религиозной идентичности выделяют внутреннее и внешнее содержание, личную и социальную направленность.

Религиозная идентичность выступает одним из видов социальной идентичности исходя из понимания ее как структурного многоуровневого социально-психологического феномена. Ее особенности обусловлены особым характером взаимодействия внутренних психологических детерминант, представленных личностными характеристиками эмоциональной сферы, самоотношения, психосемантической структурой сознания, и внешних условий, отражающих социальное положение в системе отношений, статус, занимаемый в группе и особенности межличностных взаимодействий [6].

Наше понимание религиозной идентичности заключается в определении ее как компонента множественной идентичности, который предстает как динамическое, диспозиционное образование социальной идентичности в результате осознания своей принадлежности к определенной конфессиональной общности, в структуре религиозного самосознания целых социальных общностей.

Формирование религиозной идентичности, как и идентичности социальной предполагает наличие определенных стадий, каждая из которых соответствует, например, конкретному этапу личностного или морального развития. Так, например, исследования Д. Элkinда предполагают наличие взаимосвязи между познавательным развитием личности и его религиозной идентичностью. В основе исследований Д. Элkinда лежит теория когнитивного развития Ж. Пиаже, в русле которой он и рассматривает понятие религиозной идентичности [1].

Д. Элkinд разделяет религию на личностную и институциональную. Под личной религией понимаются эмоции, представления и установки, которые ребенок проявляет при взаимодействии с окружающими его людьми, природой и животными. Однако предметом исследования Д. Элkinд избрал не личностную религию, а институциональную. Задачей, которую он видел перед собой, стала поэтапная реконструкция институциональной религии (верований, практик и догм, установленных в религии) в процессе когнитивного развития. Д. Элkinд изучал как когнитивные потребности ребенка, которые являются характеристиками различных стадий его развития, удовлетворяются с помощью некоторых элементов институциональной религии, например, таких, как представление о Боге, мо-

литве или религиозной литературе. В окончательном варианте представление Д. Элkinда о религиозной идентичности было аналогично представлению о религиозной принадлежности. Итак, Д. Элkinд выделяет три стадии развития религиозной идентичности, которые проявляются у детей в возрасте от 5 до 11 лет. На первой стадии (5–7 лет) для детей характерно недифференцированное мышление и представления о религиозной принадлежности. Они не способны различать людей различной конфессиональной принадлежности. На второй стадии (7–9 лет) дети обладают уже в достаточной степени концептуализированной религиозной идентичностью. У них присутствуют некоторые абстрактные представления о конкретных характеристиках и действиях, которые характерны для представителей различных конфессий. И, наконец, на третьей стадии (9–11 лет) происходит интериоризация религиозных особенностей, и фокус внимания ребенка обращается вовнутрь, на себя. Он ищет подтверждение своей религиозной принадлежности через собственные убеждения и верования и, в конце концов, начинает относить себя к определенной конфессии. На этой стадии впервые начинает употребляться термин «религия».

Отметим, что религиозная идентичность специфично возникает под воздействием религии и религиозного мировоззрения на личность, вызывает ее трансформацию, изменяет личностные характеристики и ценностные ориентации [8]. Религиозная идентичность типологизируется, а истинная религиозная идентичность сопряжена и обусловлена определенными личностными и характерологическими качествами.

Подводя итоги, необходимо отметить, что религиозная идентичность затрагивает все без исключения аспекты жизни человека и развития общества, особенности религиозной идентичности и религиозного сознания, отождествление себя с верующим человеком, с группой верующих молодежи представляют актуальную психологическую проблему, связанную с проблемой психологической безопасности личности и психического здоровья молодежи.

Литература

1. Белик А.А. Теория «Я» Дж. Г. Мида и психологическая антропология // Социальная психология и общество. 2011. № 1.
2. Джеймс У. Многообразие религиозного опыта. М., 1993.
3. Кросс-культурная психология: актуальные проблемы: Сб. статей / Под ред. Л. Г. Почебут, И. А. Шмелевой. – СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2005. – 377 с.
4. Лазуткина М.А. Теоретический анализ структуры религиозной идентичности и способов ее измерения // Альманах современной науки и образования. Тамбов. 2012. № 12 (67). Ч. I.
5. Магомедова М.З. Религиозность на Северном Кавказе // Исламоведение. 2010. № 3. С. 133–143.
6. Микляева А. В., Румянцева П. В. Социальная идентичность личности: содержание, структура, механизмы формирования: Монография. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2008.
7. Прохоров М.М. Мировоззренческая самоидентификация человека. Монография. –Н. Новгород: ВГИПИ, 1998. – 284 с.
8. Соколовская И.Э. Социальная психология религиозной идентичности современной российской молодёжи: диссертация ... д. псих. н: 19.00.05. – М.: Московский педагогический государственный университет, 2015. – 315 с.
9. Титов Р.С. Концепция индивидуальной религиозности.
10. Г. Олпорта: понятие религиозных ориентаций // Культурно-историческая психология. 2013.

ПРОБЛЕМА МЕЖЛИЧНОСТНОГО ОБЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА С ПАЦИЕНТОМ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Ибрагимова Лейла Алиевна

*Дагестанский Государственный Педагогический Университет,
Махачкала, Республика Дагестан, Россия*

Современная концепция оказания медицинской помощи, основывающаяся на биопсихосоциальной модели здоровья и болезни, рассматривает систему отношений между медработниками и пациентами в качестве одного из базовых лечебных факторов, что предъявляет высокие требования к уровню развития социально-психологических качеств личности персонала лечебно-профилактических учреждений. Сама система отношений медперсонала и пациентов под влиянием новой парадигмы претерпевает значительные изменения, превращаясь из патерналистской в партнерскую с приблизительно равным распределением меры ответственности медработника и пациента за результаты лечебного процесса. Изменение характера отношений на нормативном уровне организации деятельности лечебно-профилактических учреждений требует уточнения уже известных социально-психологических механизмов взаимодействия сотрудников и пациентов и определения новых базовых факторов, влияющих на их качество и модальность оценки.

Главным элементом и единицей системы межличностных отношений является эмоциональная оценка другого человека [5]. Устойчивое эмоциональное отношение к партнеру по взаимодействию проявляется в эмпатии и аффилиации. Различные характеристики когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов эмпатии, а также особенности аффилиативных стремлений в ситуации профессионального общения медработников среднего звена значительным образом влияют на характер, качество и эффективность оказываемой медицинской помощи в стационаре. С развитием медицинской деятельности возрастает и роль медицинской сестры, значение её профессиональной работы. Функции, возложенные на медицинскую сестру, чрезвычайно разнообразны — это и уход за беспомощными больными, и раздача медикаментов, и введение инъекций, а также проведение различных процедур. Именно медицинская сестра находится в прямом контакте с больным значительно больше времени, чем врач, она эмоционально ближе к больному, и у нее пациенты ищут понимания и сочувствия.

Традиционно подготовка медицинских сестер чаще всего строится на технической стороне ухода за больными. Однако недооценивание психологического подхода к больным может привести к тому, что больные будут проявлять недовольство формальным отношением к ним. При автоматическом выполнении функциональных обязанностей в центре работы по уходу за больными стоит деятельность самой медсестры, но при этом отсутствует больной. Механическая обезличенность работы по уходу является наибольшей опасностью при создании контакта между медицинской сестрой и больным, поскольку в центре такой деятельности стоит работа медицинской сестры, а не больной, на которого и направлена деятельность.

Такое отношение медицинской сестры может привести к несогласию или к не сотрудничеству со стороны больного. Это может быть полный или частичный отказ от приема прописанных лекарств, несоблюдение дозировки, частоты и времени приема, отказ от процедур. Несотрудничество больного может привести к снижению эффективности лечения, ухудшению состояния, поэтому данная проблема имеет серьезное общемедицинское, психологическое и социально-экономическое значение. Главным условием взаимопонимания больного и медицинской сестры, позволяющим предупредить несотрудничество больного, являются такие качества и действия медперсонала, которые обеспечивают доверие и понимание. Больной должен быть уверен не только в профессиональной компетенции и квалификации медицинской сестры, но и в ее очевидной заинтересованности и доброжелательности. А это в наибольшей степени проявляется при гармоничном сочетании творческого подхода и научной обоснованности процедур, словесных воздействий и бесед в процессе ухода за больным, в умении защитить пациента от его негативных мыслей и чувств, существенно затягивающих выздоровление. Чтобы все это осуществить, медицинская сестра должна быть готова к сопереживанию, должна проявлять заботу, доброту, отзывчивость, участие. Но в ряде случаев просто хороших человеческих качеств недостаточно. Чтобы применить их профессионально, а значит, с высокой степенью надежности, медицинская сестра должна иметь знания психологических особенностей личности больного, а также знания психологических особенностей общения [2].

Общение пронизывает всю профессиональную деятельность медицинских работников среднего звена на любом уровне. Индивидуальные особенности психики пациента в условиях лечебных взаимоотношений и взаимодействий приходят в соприкосновение с психологическими свойствами меди-

цинского работника. Целью такого контакта является помощь, оказываемая пациенту. Не следует думать, что в таком взаимодействии заинтересован лишь пациент. Медицинский работник в не меньшей степени стремится оказать помощь больному, ведь эта деятельность является его профессией, а значит, у него есть собственные мотивы и интересы для взаимодействия с пациентом. Кроме того, медперсоналу принадлежит важная регулирующая роль в обеспечении бесконфликтного взаимодействия между пациентами.

Медицинский персонал среднего звена на протяжении длительного времени находится в непосредственном контакте с пациентами, поэтому медицинская сестра может оказывать на больного и положительное, и отрицательное влияние. Разумеется, задача медперсонала – максимально избегать ненужных негативных психологических воздействий на больных и всемерно способствовать созданию психологического климата, благоприятно влияющего на процесс выздоровления. Выделяют следующие характеристики медработника, предрасполагающие к успешному общению с больным: эмпатия; акцептация (безусловное принятие больного); аутентичность (естественность поведения, согласованность чувств и их выражения, искренность) [3].

Важным моментом в общении с пациентом является его информирование. Среда лечебного учреждения может выступать для пациента как лечебный, так и как патогенный психотравмирующий, ятрогенный, т.е. вызывающий психические расстройства, фактор. Например, важным аспектом адаптации больного к лечению является его информированность о своем заболевании, его прогнозе и предстоящей терапии. Форма и объем информирования пациента должны быть максимально индивидуализированы и оптимизированы. Информирование о болезни имеет два аспекта: медицинский и социальный. Основная задача информирования о болезни и методах лечения с медицинской точки зрения – добиться продуктивного сотрудничества с пациентом или его родственниками. Социальный аспект предполагает право пациента на знание о своей болезни и методах ее лечения, поэтому, информируя человека о его болезни, приходится решать сложную задачу – сохранение максимально возможного уровня психической адаптации пациента. В целом медицинские задачи информирования можно представить следующим образом: уменьшение уровня аффективных расстройств, связанных с болезнью (тревоги, страха, чувства неуверенности, неопределенности); обеспечение по возможности адекватного отношения к болезни; достижение терапевтического альянса – подчиняемости больного требованиям лечебного режима [4].

В условиях общения с больными и их родственниками медицинский работник в первую очередь обязан думать об интересах своих пациентов, стремиться понять и по возможности помочь реализовать их цели, потребности, принять их представления, создать для них возможность придерживаться необходимого для лечения стереотипа поведения. Безусловно, это должно происходить в рамках общепринятых социальных норм, установленных обществом для системы медицинского обслуживания. Если интересы больного выходят за пределы этих норм (требование особых благ, особого отношения, полного подчинения его капризам, грубость), то медицинскому персоналу необходимо пытаться находить корректные, адекватные, тактичные способы пресечения такого поведения или объяснения пациенту неправильности его поступков. Грубые выяснения отношений, обвинение больных в своих профессиональных трудностях, игнорирование их желаний и точки зрения неприемлемы для медицинского работника.

Таким образом, подводя итоги, мы можем отметить, что от того, как будут выстроены взаимоотношения медицинского персонала с пациентом, какова психологическая атмосфера в медицинском учреждении, будет напрямую зависеть не только подход к работе, но и здоровье больных.

Литература

1. Гройсман А.Л. Медицинская психология: Лекции для врачей / А.Л. Гройсман. – М., 1998. – 360 с.
2. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология / Б.Д. Карвасарский. – Л., 1982. – 960 с.
3. Квасенко А.В. Психология больного / А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев. – Л., 1980. – 184 с.
4. Конечный Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. – Прага, 1983. – 405 с.
5. Куницына В.Н., Казаринова Н.В., Погольша В.М.: Межличностное общение. СПб.: Питер, 2003. – 544 с.
6. Любан-Плоцца Б. Психосоматический больной на приеме у врача / Б. Любан-Плоцца, И. Пельдингер, Ф. Креггер. – СПб., 1994. – 256 с.
7. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство / В.Д. Менделевич. – М., 1998. – 592 с.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №3

Магомедов С.М., Саидгусейнова М.Р., Фатулаева К.Ф., Мухучиев А.А., Лайпанова М.В., Алхасов Г.М., Хабибова П.М., Гаджиев Р.А., Вагабов Н.Д., Кхан М.И.
АНО «Городская клиническая больница №3», Махачкала, Республика Дагестан, Россия

Новый виток прогресса в хирургии и оперативной гинекологии был обусловлен разработкой и внедрением малоинвазивных технологий. Современная высокотехнологичная хирургия берёт свое начало от эндоскопии - способа осмотра полостей человеческого тела, основоположником которой считают персидского врача Авиценну (Ибн Сина), который создал первые инструменты для ректоскопии и осмотра полости матки.

Видеоэндохирургический доступ произвел революцию в хирургии, гинекологии и урологии расширив спектр выполняемых симультанных вмешательств, улучшив прецизионность диссекционных манипуляций и значительно снизив травматичность доступа. Инновационные хирургические технологии улучшили качество выполняемых оперативных вмешательств, позволили снизить риск послеоперационных осложнений и летальности, что существенно отразилось на качестве жизни пациентов.

В хирургическом отделении Городской клинической больницы №3 выполняется весь спектр хирургических, гинекологических, урологических и онкологических оперативных вмешательств, в том числе входящих в перечень высокотехнологичной медицинской помощи. За 10 месяцев работы отделения выполнено свыше 493 оперативных вмешательств. Широта оперативной активности и хорошие послеоперационные результаты были достигнуты благодаря профессионализму сотрудников, которые привлечены с ведущих клиник республики и г. Москвы. Все оперативные вмешательства выполняются с использованием современных, надежных и качественных расходных материалов (Ethicon, Cavidien, Bard, Hartmann et al.), что имеет немаловажное значение в адекватной совместимости с организмом пациента.

С целью снижения возможности развития послеоперационных осложнений с первых дней работы хирургического отделения была внедрена новейшая мультимодальная стратегия активного операционного лечения больных с хирургическими, гинекологическими, урологическими и онкологическими заболеваниями Fast Track. Термин «fast-track surgery» впервые был предложен в конце 1990-х годов датским патофизиологом Henrik Kehlet. Его исследования показали, что ключевым фактором развития послеоперационных осложнений является нарушение физиологических процессов, опосредованных метаболическими изменениями, вызванными хирургической травмой и связанными с активацией ряда каскадных систем (цитокины, система комплемента, метаболиты арахидоновой кислоты, оксид азота, свободные радикалы). За разработку концепции Fast Track в хирургическом лечении пациентов с онкологическими заболеваниями хирургическое отделение было награждено Золотой медалью на Международной выставке «АРХИМЕД», г. Москва.

Спектр выполняемых оперативных вмешательств в хирургическом отделении достаточно широк, благодаря наличию современной эндовидеохирургической стойки последнего поколения в формате Full HD: лапароскопическая холецистэктомия; лапароскопическая аппендэктомия; лапароскопическая ТАПП пластика паховой грыжи; лапароскопическая варикоцелэктомия; лапароскопическая фундопликация; лапароскопическая эзофагокардиомиотомия при ахалазии пищевода; лапароскопическое иссечение кист почек; лапароскопическое удаление кист печени; лапароскопическая гастростомия, энтеростомия; лапароскопическая резекция желудка; лапароскопическая резекция сигмовидной кишки; лапароскопическая гемиколэктомия; лапароскопическая нефрэктомия; лапароскопические гинекологические операции; лапароскопические операции в онкологии.

Малоинвазивная хирургия позволила пересмотреть тактику ведения многих нозологических единиц. Если ранее приоритетом в лечении пациентов считались консервативные подходы, сегодня все чаще используются миниинвазивные вмешательства. В этом аспекте крайне привлекательным является навигационная хирургия, которая позволяет под контролем эхосонографии выполнять пункционно-дренируемые вмешательства даже у тяжелых коморбидных пациентов, т.к. не требуется проведения общей анестезии.

Современные аппараты эхосонографии с навигационными системами (GE Logiq S8, USA) позволяют хирургам активно применять навигационную хирургию в лечении пациентов с простыми и паразитарными кистами печени любой локализации, кистами почек, селезенки, поджелудочной железы; проводится чрескожная чреспеченочная холангиостомия при механической желтухе; чрескожная холецистостомия при остром холецистите; дренирование плевральных и брюшной полостей при экс-

судативном плеврите, асците; пункционная нефростомия, эпицистостомия при острой задержке мочи и гидронефрозе и многие другие вмешательства.

Совершенствование хирургических методов лечения пациентов неразрывно связано с внедрением современного подхода к анестезиологическому пособию. Применение многокомпонентной анестезии при проведении сложных и высокотехнологичных операций позволило достигнуть равномерной глубины наркоза в течение всего оперативного вмешательства.

Характеристика метода общей анестезии применяемой в клинике: всем пациентам премедикацию осуществляли за 30-40 мин до оперативного вмешательства по стандартной методике, используя наркотический анальгетик промедол 2%- 20 мг+ димедрол -10мг+ атропин- 0,5 мг. Для вводного наркоза применяли пропофол -2 мг/кг. Для интубации трахеи использовали миорелаксанты деполяризующего типа действия 2мг/кг. С целью поддержания релаксации мышц применяли ардуан 0,05 мг/кг. Последнюю дозу ардуана вводили не позднее, чем за 30-40 минут до конца операции. ИВЛ проводили смесью кислорода и закиси азота (2:1). Использовали методику многокомпонентной сбалансированной анестезии препаратами – пропофол, фентанил в редких случаях- дроперидол. Фентанил использовали в дозе 0,1 мг перед интубацией трахеи. Для поддержания анестезии фентанил вводили дробно по 0,1 мг через каждые 15-20 мин, дроперидол вводили в дозе 2,5 мг однократно, пропофол- 1,5-3,0 мг/кг/ч.

В послеоперационном периоде в клинике применялись Международные протоколы по ускоренной реабилитации пациентов – ERAS (enhanced recovery after surgery) которые позволили сократить сроки послеоперационной реабилитации в среднем до 3-х суток. Концепция ERAS подразумевает использование совокупности эффективных методов для ускорения процессов послеоперационного восстановления. ERAS –стратегическое направление в периоперационном ведении пациента совместно хирургом и реаниматологом, основанное на отказе от стереотипов («холод, голод и покой») в пользу концепций здравого смысла и патофизиологической обоснованности.

Хирургические методы лечения пациентов постоянно совершенствуются по пути снижения травматичности доступа, ускоренной реабилитации и снижения возможности развития послеоперационных осложнений, что в свою очередь ориентировано на повышении качества жизни пациентов. Выполнение оперативных вмешательств по протоколам клинических международных рекомендаций (guideline), позволяет добиться максимально лучших результатов в лечении сложной категории пациентов хирургического и онкологического профиля.

ИЗУЧЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ОБЛЕГЧЕННОЙ ВОДЫ И ЭФИРНОГО МАСЛА МЯТЫ ДЛИННОЛИСТНОЙ

Исмаилов Э.Ш., Дибирова М.М., Набиев М.М.

Дагестанский государственный технический университет, Махачкала, Республика Дагестан, Россия
Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала, Республика Дагестан, Россия

Молекулярная организация воды характеризуется тем, что практически каждая её молекула способна образовывать водородные связи с соседними молекулами H_2O и других веществ, включая и макромолекулы белков и других биохимических соединений. Кроме того, молекула воды обладает сравнительно большим дипольным моментом и поэтому способна проявлять сильное электрическое взаимодействие с ближайшим окружением.

Весьма небольшая часть молекул в обычной воде представлена т.н. «тяжёлой» водой, состоящей из молекул D_2O , с молекулярной массой 20, физические свойства которой отличаются от «нелёгкой» H_2O с молекулярной массой 18.

Использование оптического спектрального анализа позволяет исследовать тонкую структуру биологических систем. С помощью инфракрасной спектроскопии и водород-дейтериевого обмена в мембранах (теньях) эритроцитов нами было выявлено, что при соответствующих условиях опыта атомы водорода в пептидных группах белков мембраны эритроцита способны обмениваться на дейтерий, если их поместить в специальную камеру с парами D_2O . [1]. При такой замене атомов водорода на более тяжелый дейтерий максимум поглощения полосы амид II в ИК- спектрах, обусловленный изгибами связи $-N-H$ в пептидных группах белков, смещается в более длинноволновую область. Эти и другие имеющиеся данные позволяют считать, что количественное содержание D_2O в воде способно оказывать определённое влияние на организованные биологические структуры, (биомембраны, и др.), структура которых в живых системах в значительной мере стабилизирована молекулами воды. Поэтому если соотношение между молекулами H_2O и D_2O в них меняется, то весьма вероятно изменение локальных физико-химических свойств молекулярных и надмолекулярных систем

В этом плане представляет значительный научный и практический интерес экспериментальное исследование влияния количественного содержания «тяжёлой» воды на механизмы клеточных и мембранных процессов, и, соответственно, её влияние на биохимические, биофизические и биотехнологические свойства клеток.

Методика и техника исследования

Для исследования использовали «легкую» воду, в которой содержание D_2O было снижено со 150 ppm до 80 ppm, полученную из лаборатории волновых процессов ИОФАН России. В качестве объекта исследования были выбраны сухие дрожжи «Пакмайя», выпускаемые промышленностью. В качестве питательной среды использовали жидкий раствор на кипячёной водопроводной воде, содержащий 1% пшеничной муки, 5% пищевого сахара (сахароза), 3% кукурузной патоки и 0,0015% H_3PO_4 .

В готовую питательную смесь добавляли суспензию дрожжей из расчета 1г на 100 мл среды. Заправленную дрожжами питательную среду переливали в 2 колбы по 100 мл дрожжевой суспензии в каждую. В одну колбу (контрольный образец) добавляли 50мл кипяченой воды, а в другую (опытный образец) 50мл «лёгкой» воды. При этом в целом общее содержание D_2O в опытной колбе составило 123ppm (содержание D_2O «в норме» составляет 150 ppm).

Обе колбы с дрожжевой суспензией для тепловой стабилизации начальной фазы выдерживали в термостате при температуре $35^{\circ}C$ в течение 0,5 часа. После выдержки на специальном стенде в контрольном и опытном вариантах исследовали процесс брожения путём определения объёма CO_2 , образующегося в ходе брожения [2].

Полученные данные были рассмотрены нами в работе [11]. Было выявлено, что продукция углекислого газа, являющегося одним из основных конечных продуктов брожения, в опытном варианте идет намного более интенсивно, чем в контрольном. Этот экспериментальный результат прямо указывает на то, что «облегчённая» вода значительно активизирует процесс брожения, который имеет большое практическое значение в хлебопекарной, спиртовой, пивоваренной и других отраслях современного производства.

Для более конкретного изучения клеточных механизмов наблюдаемого эффекта была определена биомасса дрожжей, образующаяся в условиях проводимого эксперимента. При этом биомассу определяли центрифугированием суспензии дрожжей после брожения. Полученные данные показали, что в обоих вариантах биомасса дрожжей примерно одинакова. Так, объём клеток в опыте: $O_{cp}=0,68$; а в контроле $K_{cp}=0,70$ мл на 10мл дрожжевой суспензии.

Следовательно, интенсификация процесса брожения в опыте происходит не в результате увеличения биомассы дрожжевых клеток, а связана, видимо, с активацией биохимических ферментатив-

ных реакций этого процесса, что нами ранее было установлено экспериментально при добавлении в питательную среду воды, обогащенной орто-изомерами H_2O [3].

Показано, что определённые организмы, например, микробные клетки, могут быть использованы в качестве биологических тест-объектов при изучении экологического действия различных физико-химических факторов. В этом плане достоверно установлено, что в качестве таковых могут служить достаточно чувствительные к воздействующим факторам дрожжевые микроорганизмы [4], например, к составу и свойствам воды, биологически активным соединениям.

В этом плане недавними экспериментальными исследованиями нами было выявлено благоприятное, стимулирующее действие эфирного масла мяты длиннолистной, интродуцированной в Дагестане, на бродильную активность дрожжевых микроорганизмов [5], которые использовались в качестве тест-объекта.

Для сравнительного изучения биологического действия этого вещества в новой серии опытов было повторно исследовано влияние эфирного масла мяты на бродильную активность дрожжей. Результаты представлены в таблице 1. Как видно из этой таблицы добавление эфирного масла в питательную среду в количестве 0,4мл на 150мл воды вызывает явное увеличение образования CO_2 при брожении. Эффект схож с действием «лёгкой» воды.

С целью изучения кинетики брожения были вычислены усредненные скорости этого процесса, наблюдаемые в течение 6 часов в трёх вариантах (таблица 2). Оказалось, что наибольшая скорость брожения в вариантах с действием «лёгкой» воды и эфирного масла мяты наблюдается в период между тремя и четырьмя часами от начала процесса, а в варианте без добавления этих веществ она проявляется позже - между четырьмя и пятью часами. Эти данные также показывают, что «лёгкая» вода и мятное эфирное масло активизируют ферментативный биохимический процесс спиртового брожения. Они несомненно, представляют научный и практический интерес при разработке и использовании новых биотехнологий, и уточнении наших знаний в области молекулярной механики и динамики воды и её вновь открываемых свойств [6, 7].

Таблица 1

Образование CO_2 в мл в процессе брожения при добавлении в питательную среду эфирного масла мяты длиннолистной.

Образцы	Длительность брожения, часы					
	1	2	3	4	5	6
O_1	4,0	6,0	7,5	9,5	11,5	14,0
O_2	4,0	6,0	7,0	15,5	17,5	22,0
O_3	1,0	4,0	5,0	10,0	13,0	14,0
O_4	4,5	8,0	10,0	16,0	19,0	22,0
O_5	4,5	6,5	9,0	19,0	24,0	25,0
O_{cp}	3,6	6,1	7,7	14,0	17,0	19,4
K_1	2,5	7,0	8,0	11,0	13,0	14,0
K_2	0,0	0,0	0,0	0,0	9,0	11,0
K_3	7,0	12,0	15,0	18,0	19,5	21,5
K_4	2,0	4,5	7,5	10,0	11,5	14,5
K_5	2,0	4,0	8,0	8,5	10,0	12,0
K_{cp}	2,7	5,5	7,7	9,5	12,6	14,6

Таблица 2

Скорость образования CO_2 в мл/час в процессе брожения при добавлении в питательную среду «легкой» воды – вариант O_1 , эфирного масла мяты – вариант O_2 и без их добавления – вариант К.

Варианты	Длительность брожения, часы					
	1	2	3	4	5	6
O_1	5,4	4,5	2,1	11,6	4,2	3,0
O_2	3,6	2,5	1,6	6,3	3,0	2,4
К	2,7	2,8	2,2	1,8	3,1	2,0

Здесь следует отметить, что в Кубанском государственном университете выполнен обширный цикл работ по биологическому действию облегченной воды. Так, исследование влияния изотопного состава воды на продукцию биомассы микроорганизмов *R. erythropolis* показало, что эти нефтеокис-

ляющие бактерии активно реагируют на пониженное содержание D_2O в жидкой питательной среде при различных соотношениях Д/Н – от 150 ppm в норме до 45 ppm [8]. При изменении состава питательной среды наблюдается значительное увеличение активности ферментов и систем, обеспечивающих перенос протонов. Переход с углеводного субстрата в питательной среде на углеводородный приводит к значительному увеличению продукции клеточной биомассы. Эти данные хорошо согласуются с нашими данными по влиянию облегченной воды на ферментативный процесс брожения, осуществляемый клетками дрожжей.

В опытах на крысах также выявлено благоприятное действие облегченной воды на организм этих животных. Изучение влияния воды со сниженным содержанием дейтерия на изотопный состав лиофилизированных тканей и морфофункциональные показатели организма показало, что у крыс из разных поколений наблюдается снижение равновесия Д/Н в плазме крови и других тканях. При введении в пищевой рацион воды с содержанием 40 ppm D_2O происходит изменение морфофункциональных показателей у этих животных, что авторы связывают с процессами адаптации к субстрессовому воздействию изотопного Д/Н градиента. Начиная со второго поколения была зафиксирована стабилизация скорости реакций изотопного обмена в крови и тканях лабораторных животных [9].

Исследование распределения дейтерия в биологических жидкостях и внутренних органах крыс показало, что наблюдается достоверное изменение в них концентрации дейтерия при использовании в пищевом рационе облегченной воды. В опытах с клетками лимфоцитов было выявлено, что пониженное содержание дейтерия в инкубационной среде может повышать эффективность работы ДНК – репарирующих систем и увеличивать адаптационные возможности живых клеток [10].

В целом, рассмотренный материал достоверно подтверждает биостимулирующее, благоприятное действие эфирного масла мяты длиннолистной. Он также показывает, что изменение содержания D_2O в воде, используемой клетками микроорганизмов и организмами животных, способно направленно изменять их продуктивность и повышать ферментативную активность, а также укреплять адаптационные механизмы биологических систем. При дальнейшем продвижении исследований в данном направлении можно ожидать результаты успешного применения эфирного масла мяты длиннолистной и облегченной воды в новых биотехнологиях.

Литература

1. Исмаилов Э.Ш. Инфракрасные спектры теней эритроцитов в области полос амид I и амид II при микроволновом облучении. Биофизика, т.21, 1976, с.940-942.
2. Исмаилов Э.Ш., Вагабов М.-З., Аливердиева А.А. Определение биологической активности пищевых растительных компонентов. Сб. «Аналитические методы измерений и приборы в пищевой промышленности». М., 2005, с. 246-249.
3. Першин С.М., Исмаилов Э.Ш., Сулейманова З.Г., Абдулмагомедова З.Н., Загирова Д.З. Функциональные характеристики дрожжевых клеток в питательном растворе на воде, обогащенной орто-изомерами H_2O . Биофизика, т.59, вып.2, 2014, с. 408-413.
4. Казимагомедов М. К., Исмаилов Э.Ш. Использование дрожжей как тест-объекта для оценки качества воды и жидких сред. Юг России: экология, развитие, 2010, №3, с.103-106.
5. Дибирова М.М., Исмаилов Э.Ш. Получение эфирного масла мяты, районированной в Дагестане. Сб «Совершенствование технологических процессов в химической промышленности», Махачкала, 2013, вып.3, с. 40-44.
6. Исмаилов Э.Ш., Казимагомедов М.К., Абакаров Г.М. Молекулярная механика воды и ее роль в повышении жизнеспособности биосистем. Вестник ДГТУ, №30, 2013, с. 78-84.
7. Захаров С.Д., Мосягина И.В. Гетерогенная структура воды: эволюция представлений (обзор). Сб. «Механизмы участия воды в биоэлектромагнитных эффектах», Москва, 2013, с. 8-21.
8. Смаков А.А., Джимаков С.С., Барышев М.Г. и др.
Влияние изотопного состава воды на продукцию биомассы *Rhodococcus erythropolis*. Бифизика, т.60, вып 1, 2015, с.136 -142.
9. Джимаков С.С., Барышев М.Г., Басов А.А., Тимаков А.А.
Влияние воды со сниженным содержанием дейтерия на изотопный состав лиофилизированных тканей и морфофункциональные показатели организма у крыс из разных поколений. Бифизика, т. 59, вып.4, 2014, с. 749-756.
10. Джимаков С.С., Басов А.А., Барышев М.Г. Распределение дейтерия в биологических жидкостях и внутренних органах: влияние воды с пониженным содержанием дейтерия на градиент Д/Н и процессы адаптации. Доклады Академии наук, т.465, №2, 2015, с.245-248
11. ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ ОБЩЕНИЯ У СТУДЕНТОВ В МКИБ.

ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ ОБЩЕНИЯ У СТУДЕНТОВ В МКиБ.

Селимова Гульнара Абдулахадовна

ЧПОУ «Медицинский колледж имени Башларова», Махачкала, Республика Дагестан, Россия

Врач, лечи больного, а не болезнь.

Общение - многоплановый процесс развития контактов между людьми. Общение играет немаловажную роль в жизни и деятельности людей. Без общения невозможно, развитие культуры, искусства, уровня жизни, т. к. только при помощи общения, накопленный опыт поколений передаётся новым поколениям.

Актуальным вопросом на сегодняшний день является общение медработника и больного. Многим из нас приходилось бывать в больнице, поликлинике или в каком-либо лечебном учреждении, где каждый из нас общался с врачом или медсестрой. Но задумывался ли кто-нибудь, насколько это общение влияет на нас, а точнее на течение нашего заболевания, и каким образом медработник может улучшить наше состояние?

Еще во времена античности медицинские работники понимали важность речевого воздействия на душу больного, а не только на тело. Врач, лечи больного, а не болезнь. В высказывании, приписываемом Гиппократу, говорится о личностном подходе к каждому пациенту. Поэтому интерес к языковой стороне медицинской деятельности всегда был свойствен участникам лечебного процесса.

Воздействие словом является важным моментом установления контакта медицинского работника с пациентом, помогает успешному лечению. Языковая культура является необходимым условием общей профессиональной компетенции медицинского работника. Наиболее часто встречающаяся жалоба, поступающая от пациентов, – неспособность медработников внимательно выслушать, давать ясные и понятные ответы. Неэффективное общение является барьером на пути к достижению здоровья.

В своём докладе я попытаюсь раскрыть тему о формировании общения в медицинском колледже им. Башларова.

Культура профессионального общения медицинского работника определяется нами как система внутренних ресурсов специалиста, необходимых для построения эффективного взаимодействия с пациентом с целью достижения оптимального уровня жизнедеятельности последнего. На сегодняшний день студенты колледжа не имеют достаточных для успешной медицинской практики коммуникативных качеств. В связи с этим актуальной становится проблема формирования культуры общения у студентов в нашем медицинском колледже.

Характер поведения медицинской сестры оказывает влияние на течение болезни и состояния пациента. Отсутствие у специалиста знаний, умений, навыков профессионального общения делает его профессионально малопригодным. Это связано с тем, что общение, как важнейший профессиональный инструмент, присутствует при осуществлении всех этапов лечебного процесса.

Первоначальные навыки профессионального общения медицинской сестрой приобретаются в процессе обучения в учебном заведении. В содержании Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования, на наш взгляд, не уделено должного внимания такому важному вопросу как формирование культуры общения у студентов-медиков. Как показывает практика, преподаватели-предметники и кураторы групп медицинского колледжа вообще не ставят такой педагогической задачи как воспитание коммуникативно-грамотного специалиста. Это приводит к тому, что студенты-медики не имеют достаточных для успешной медицинской практики коммуникативных умений. В связи с этим актуальной становится проблема формирования культуры общения у студентов, обучающихся в медицинских учебных заведениях.

В медицинский колледж им. Башларова абитуриенты поступают на базе 9 (14–15 лет) и 11 (17–18 лет) классов. То есть речь идёт о таких сложных периодах жизни как окончание подросткового и начало ранней юности, собственно юношество и поздняя юность. На основе проведенного сопоставления структуры и характера общения в ранней юности и в последующей жизни, мы пришли к очень важному выводу: если до определенного возраста человек не получает навыка в каких-либо видах общения, то в последующем эти проблемы восполняются с большим трудом.

Общение студентов в медицинском колледже определяется потребностями их профессионального и личностного становления. На профессиональное развитие личности будущего специалиста оказывают влияние различные виды объединений: академические студенческие коллективы (группа, курс, отделение) и неформальные группы.

Особо следует отметить общение студентов в академической группе. Учебная группа для студента – это фокус, где концентрируются его познавательные, профессиональные и общественные

связи. Она представляет собой коллектив, занятый совместной общественно значимой деятельностью – подготовкой к будущей специальности и приобретением необходимых для этого умений и навыков. В конечном итоге, группа становится определяющим психологическим механизмом, оказывающим интеллектуальное, волевое и эмоциональное воздействие на своих товарищей. В моём выступлении я буду исходить из положения, что определяющее значение в процессе формирования культуры общения имеет воспитание в коллективе, в том числе учебном, где возможно создание необходимых условий для реализации педагогической задачи.

Все учащиеся медицинского колледжа имеют обязательную подготовку в объеме девяти или одиннадцати классов, имеют определенную целевую установку – овладеть профессией. Наш колледж характеризуется незначительным возрастным разрывом как внутри одной учебной группы, так и в масштабах всего колледжа, где возрастная разница между учащимися первого – третьего и четвертого курса минимальна. Это обстоятельство создает, на наш взгляд, хорошие предпосылки для формирования культуры общения с учетом возрастных интересов и психологических особенностей студентов.

На наш взгляд, можно выделить следующие особенности формирования культуры общения в системе среднего профессионального образования: возрастные особенности обучаемых; активный процесс социализации студентов; конкретная профессиональная сфера, то есть направленность личности на приобретение конкретной профессии. Формирование культуры педагогического общения как сложного системного явления ставит нас перед необходимостью уточнения понятия «формирование». Опираясь на понятие «формирование личности», мы рассматриваем формирование культуры педагогического общения как «процесс и результат, осуществляющийся в определенных условиях и требующий системы средств».

На основе теоретического анализа, а также с учетом структуры жизнедеятельности студентов медицинского колледжа, нами выделены три основных направления процесса формирования культуры общения в широком смысле: образовательное, досуговое, семейно-бытовое. Нас интересует, в первую очередь, формирование культуры профессионального общения будущих медицинских сестер, которое происходит непосредственно в период обучения в нашем колледже.

На основе теоретического анализа возрастных возможностей студентов и программы образования медицинского колледжа нами предлагаются следующие формы работы по формированию культуры профессионального общения: систематическая работа по формированию культуры общения на занятиях русского языка и литературы; внеаудиторная работа; учет роли преподавателя; организация кружковой работы на тему: «Культура общения медицинского работника»; овладение коммуникативными умениями в процессе прохождения студентами колледжа профессиональной практики.

Исследуя формирование коммуникативной культуры студентов колледжа, пришлось выделить две группы условий: внутренние (психологические) и внешние (педагогические). К внутренним условиям относятся личностные (профессионально значимые качества личности, знания и умения в области общения) и мотивационные (потребность в общении и готовность к общению, отношение к будущей профессии).

К внешним условиям относятся реальный учебно-воспитательный процесс в колледже и социальная ситуация развития студента (студенческая группа, неформальная группа в колледже и за его пределами, семья, средства массовой информации, литература и искусство). Но каким же образом происходит непосредственное приобретение студентами культуры общения? Р. М. Фатыхова, опираясь на работы ведущих психологов и педагогов, выделяет два вида механизма формирования культуры общения: социально-психологическое, к которым относит заражение, подражание, убеждение, внушение; и психологическое – переживание. Лишь переживание, по мнению Р.М. Фатыховой, может выступать в качестве ведущего психологического механизма формирования культуры педагогического общения. Процесс выбора субъектом мотивов и целей его деятельности представлен в переживании. В переживаниях проявляется уровень развития человека, его психологическая и профессиональная зрелость. Именно в процессе переживания осуществляется выбор мотивов и регуляция поведения, осознанное отношение личности к знаниям.

Рассмотрев теоретические положения формирования культуры общения у студентов в МКИБ, мы пришли к следующим выводам:

Нами выделяются следующие особенности формирования культуры общения в системе среднего профессионального образования: возрастные особенности обучаемых; активный процесс социализации студентов; конкретная профессиональная сфера, то есть направленность личности на приобретение конкретной профессии.

Процесс формирования культуры профессионального общения у студентов медицинского колледжа предполагает совместную деятельность педагога и воспитуемых, основанную на диалогиче-

ском типе взаимодействия. Определяющее значение в процессе формирования культуры общения имеет воспитание в коллективе, в том числе учебном, где возможно создание необходимых условий для реализации данной педагогической задачи.

Процесс обучения культуре профессионального общения строится на действиях механизмов заражения, подражания, убеждения, внушения и переживания.

Научное издание

**Материалы научно-образовательной конференции
«Духовно-нравственные ценности и медицина»**

Подготовка оригинал-макета *Магомедова Л.Р.*
Дизайн обложки *Эскаева Г.А.*

Подписано в печать 28.12.2018 г. Формат 60х84¹/₁₆.
Гарнитура «Таймс». Бумага офсетная. Печать ризографная.
Усл. п. л. 10. Уч.- изд. л. 10. Тираж 500 экз. Заказ №19-0?-00?.



Отпечатано в типографии АЛЕФ
367002, РД, г. Махачкала, ул. С.Стальского 50, 3 этаж
Тел.: +7 (8722) 935-690, 599-690, +7 (988) 2000-164
www.alefgraf.ru, e-mail: alefgraf@mail.ru