

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР
ВСЕСОЮЗНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ, ЭКОНОМИКИ И УПРАВЛЕНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ имени Н. А. СЕМАШКО

На правах рукописи

УДК: 614.2(575) + 61(091)

ИСХАКОВ Владимир Ильясович

**ИСТОРИЧЕСКИЙ ОПЫТ НАРОДОВ СРЕДНЕЙ АЗИИ
В ОБЛАСТИ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ЕГО
ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО
ОБРАЗА ЖИЗНИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

**07.00.10 — История науки и техники
(История медицины и советского здравоохранения)**

Автореферат

**диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук**

МОСКВА—1991

Работа выполнена во II Ташкентском государственном медицинском институте Министерства здравоохранения Узбекской ССР.

Научный консультант — член-корреспондент АН УзССР, профессор **Т. И. Искандаров**.

Официальные оппоненты:

академик АМН СССР, профессор **Ю. П. Лисицин**,

доктор медицинских наук **В. И. Бородулин**,

доктор медицинских наук **Ю. К. Дупленко**.

Ведущее учреждение — Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова

Защита диссертации состоится «30» мая 1991 г. в _____ часов на заседании Специализированного совета Д-074.07.01 по присуждению ученых степеней доктора медицинских наук при Всесоюзном научно-исследовательском институте социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко МР (Москва, ул. Сущевский б-р, д. 49, к. 12).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ВНИИ СГ, Э и

Автор _____ 1991 г.

1428/авт.

Уч
Сп
ка

Сошников

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы заключается в необходимости углубления и расширения исторического понимания духовного и материального мира человека, его культуры, образа жизни. В наши дни, как заметил Д.С.Лихачев, время отвоевывает и подчиняет себе все большие участки в сознании людей, подчеркивая, что "Культура движется не путем перемещения в пространстве, а путем накопления ценностей".^I

Исторический опыт народов Средней Азии в области сохранения здоровья принадлежит к непреходящим ценностям общечеловеческой культуры, так как кумулирует в себе все богатство и многообразие самобытных культур древнего Востока, античности и восточного Возрождения. Изучение и структурный анализ этого опыта позволит выявить исторические истоки возникновения социобиологических, биосоциальных и культурных механизмов развития здоровья, раскрыть основные закономерности их функционирования как глобальных адаптивных процессов и решить проблему научного управления развитием здоровья в регионе Средней Азии на современном этапе.

Актуальность проблемы заключается в том, что несмотря на острую потребность в научном управлении процессами развития здоровья до сих пор не существует специальной области знаний, основанной на историко-географических подходах, на опыте адаптации конкретных популяций. Создание такой области знаний возможно лишь при условии интегрирования на базе единых методологических принципов основных структур (элементов) исторического опыта в области сохранения здоровья в единую систему взаимодействия популяций региона и основных адаптивных социобиологических, биосоциальных и культурных механизмов.

Таким образом, в настоящей диссертации понятия "тема" и "проблема" не синонимы, так как тему мы рассматриваем как предмет исследования, а проблему (problema - задача, задание) как задачу, требующую разрешения. Тема отражает доминанту исторического подхода в нашем исследовании, предметом которого явился исторический опыт народов Средней Азии в области сохранения здоровья. Проблема заключается в том, чтобы опираясь на интегративный и информационный потенциал этого опыта разработать теоретические основы исто-

^I Лихачев Д.С. Прошлое - будущему. Статьи и очерки. - Л.: Наука, 1985. - С. 565.

рико-географической санологии Средней Азии – самостоятельного направления в системе современных представлений о развитии здоровья.

Хронологические рамки исследования охватывают основные периоды истории народов Средней Азии с древнейших времен до начала XX века, то есть время, в течение которого сохранялся относительно однородный этнический состав популяций региона, и мог существовать достаточно устойчиво общий генофонд. В совокупности эти периоды составляют около 3000 лет.

В связи с вышеизложенным мы поставили перед собой цель: изучить и проанализировать исторический опыт народов Средней Азии в области сохранения здоровья и разработать на его основе самостоятельное направление в системе современных представлений о развитии здоровья – историко-географическую санологию Средней Азии. Отсюда вытекают основные задачи исследования:

- изучить историю проблемы, выделить основные принципы ее новой постановки;
- разработать методологию нового решения проблемы;
- дать новую интерпретацию и провести системный анализ содержания основных источников диссертации;
- дать историко-философское обоснование и разработать графические модели глобальных механизмов развития здоровья народов Средней Азии – азиатского способа производства и межэтнической интеграции;
- разработать графическую модель – древо культурных традиций и раскрыть их адаптивную роль как алгоритмов развития здоровья;
- показать значение многовекового адаптивного опыта народов Средней Азии для формирования здорового образа жизни на современном этапе.

Методология исследования, разработанная в диссертации, представляет собой органический синтез гуманитарных и математических принципов, методов, подходов, позволяющих принципиально по-новому осмыслить социобиологические и биосоциальные процессы в истории Средней Азии, разработать модели адаптивного опыта, интерпретировать народные традиции как алгоритмы развития здоровья, разработать новые принципы и подходы спецификации программы "здоровье" и т.п.

В основу этой методологии были положены идеи К.Маркса и Ф.Энгельса, превосходящие современный структурализм, раскрывающие значение аппроксимации (на примере упрощения модели капитализма),

показывающие гибкость в анализе социальных процессов (на примере азиатского способа производства). Важное место в методологии диссертации занимают тактология известного русского революционера А.А.Богданова (10-20 гг. нашего столетия), "Морфология сказки" В.Я.Проппа (конец 20-х годов), системное осмысление биологических процессов в работах австрийского биолога Л.Берталафи (конец 40-х годов) и "структурная антропология" К.Левин-Строса (конец 50-х годов).

В осмыслении методологического содержания категорий "исторический опыт" мы исходили из методологических подходов, разработанных в "Феноменологии духа" Гегеля, в работах Л.Н.Гумилева об этносфере, в авиценнологии Б.Д.Петрова и в работах по теории культурных традиций Э.С.Маркаряна.

В создании методологических основ историко-географической санологии мы исходили из интегративных тенденций, которые заложены в детерминационной теории медицины, разработанной Ю.П.Лисицким и В.П.Петленко (1986, 1987) и в валеологии И.И.Брехмана (1987).

Математическое мышление, как важнейшая составная часть методологии нашего исследования, позволило обогатить гуманитарные основы историко-географической санологии Средней Азии "неслыханной прбстотой" понимания исторических реалий. Для создания этого синтеза мы обратились к трудам Д.Бернулли, Л.Больцмана, Н.Бора, Дж. Бруно, Д.Гильберта, Г.Кантора, Э.Кассирера, Г.Лейбница, А.А.Маркова, И.Ньютона, И.Пригожина, А.Пуанкаре, П.Ферма, Л.Эйлера и др., в результате чего содержание нашего исследования обогатилось методологией моделирования с широким применением принципов экстремальности - оптимизации и аппроксимации, использованием понятий энтропия и самоорганизация, функциональным подходом, анализом триадных и дладных связей в разработанной нами модели взаимодействия популяций региона и адаптивных механизмов.

Источники диссертации отражают все основные аспекты избранной темы и представляют собой системное единство религиозно-законодательной литературы (Авеста, Коран, Хадиси, Шариат), трудов в популярном на Востоке жанре Адаб (достойный - здоровый образ жизни), написанных в стихах и прозе, философских и медицинских трактатов, посвященных вопросам сохранения здоровья (Ат-Табари, Ар-Рази, аль-Фараби, Ибн Сина, аль-Газали и др.), трудов путешественников и историков (Бируни, аль-Асира, Ибн Баттута, Марко Поло, Г.Вамбери), мемуары и дневники известных правителей (Тимура, Улуг-

бека, Бабура), различные документы, указы, свидетельства, географические карты и т.п., опубликованные в фундаментальных трудах А.Меца (1966), И.М.Муминова (1977), В.Н.Федчиной (1967) и др. Всего в процессе работы нами изучено более 1800 источников, около 100 из них процитировано в диссертации. В большинстве своем это переведенные с арабского, фарси и турки на русский и европейские языки фундаментальные труды мыслителей Востока. Благодаря этой большой переводческой работе советских и западноевропейских востоковедов (а в ряде случаев и глубокому лингвистическому анализу текстов) мы получили возможность достаточно полно изучить и проанализировать исторический опыт народов Средней Азии в области сохранения здоровья, что в конечном итоге позволило построить теоретические положения историко-географической санологии региона на основе фундаментальной источниковедческой базы.

Новизна исследования. Диссертация представляет собой первое в советской и зарубежной литературе исследование процессов и механизмов аккумуляции, передачи и преобразования исторического опыта в области сохранения здоровья. Впервые методические рамки истории медицины раздвигаются до истории адаптивных процессов – системы методологических способов структурного анализа разработанных нами механизмов, моделей и традиций – алгоритмов развития здоровья.

В диссертации выдвинута и разработана концепция историко-географической санологии Средней Азии, которая включает в себя разработанные впервые:

- графическую модель социально-экономической истории народов с X века до н.э. до начала XX века, графическая структура которой отражает процесс развития азиатского способа производства – глобального механизма преобразования биосоциальной природы человека в регионе Средней Азии;

- графическую модель межэтнической интеграции, рассматриваемой на примере функции, отражающей закономерности снижения и нарастания энтропийных процессов в этносоциальной истории народов Средней Азии; за точку максимального снижения энтропийных процессов принят период IX–XI вв., отмеченный расцветом синтетической культуры восточного Возрождения, появлением гениев всемирного масштаба, практически во всех существовавших тогда областях знаний (Ибн Сина, Фараби, Бируни, Фирдауси, аль-Хорезми);

- начальную (древнюю) и основную (средневековую) "неосознанные" модели образа жизни народов Средней Азии;

- развернутую основную древесную модель культурных традиций народов Средней Азии, имеющую свою специфическую структуру, в которой по античной традиции здоровый дух (корни, вознесенные к небу) определяет здоровье тела (ветви, обращенные к земле); главным внутренним механизмом этой модели является "путь нравственности", называемый в древности Аша, в средние века Адаб (следуя древним и средневековым методологическим подходам и терминологии мы старались избежать модернизации исторического опыта прошлого);

- триадную модель саносферы - структуры, которая отражает оптимальное взаимодействие популяций и трех глобальных адаптивных механизмов развития здоровья;

- графическую модель эволюции саносферы Средней Азии за последние 3000 лет;

- модель спецификации региональных программ, состоящую из трех основных элементов - "информация"-"структура саносферы"- "универсальная адаптивность", в которой "структура саносферы" выполняет роль классификатора информации и одновременно синтезатора, определяющего содержания цели - "универсальной адаптивности";

- схему реализации целевых комплексных программ, включающую в себя новое самостоятельное звено - региональный центр формирования здорового образа жизни - цель которого обеспечить процесс спецификации программ "здоровье" за счет включения принципиально новых теоретических основ их функционирования, разработанных в настоящей диссертации.

Все эти модели в совокупности составляют интеграционное единство, отраженное нами в итоговой структуре концепции историко-географической санологии, представленной в виде гелиоцентрической модели, объединяющей в себе методологию (история адаптивных процессов), теорию (адаптивные механизмы, структура саносферы) и практику (модель спецификации программ, схема реализации комплексных целевых программ "здоровье").

Научно-практическая значимость диссертации для решения проблемы формирования здорового образа жизни заключается в новых постановке и путях решения спецификации программы развития здоровья. В диссертации разработана модель традиций - алгоритмов здоровья, которые систематизированы таким образом, что органично всем своим потенциалом могут быть перенесены в современность. Разработана специальная схема-модель управления реализацией программы "здоро-

вье" города Ташкента, в которой ключевое место принадлежит Региональному центру формирования здорового образа жизни. Структура и функции Центра разработаны в выполненных на основе настоящей диссертации "Методических разработках и рекомендациях к реализации комплексной целевой программы "здоровье" города Ташкента на 1988-1990 годы и на период до 2000 года" (1989). Главной проблемой, которую должен решать Центр, является спецификация программ развития здоровья, превращение их из планов в модели - гибкие и мобильные структуры, которые легко поддаются корреляции, позволяют максимально упростить, привести в соответствие с реалиями жизни задачи формирования здорового образа жизни.

Результаты настоящего исследования использованы при составлении Комплексной республиканской программы "здоровье" на 1991-1995 годы и на период до 2000 года (1990), разрабатываемой в настоящее время Минздравом УзССР. Благодаря этому в планировании развития здоровья в Узбекистане учитывается потенциал развития здоровья, заключенный в самом народе, в его традициях, психологии, духовных запросах. Вместе с тем историко-географическая санология как системное осмысление адаптивного опыта народов Средней Азии требует разработки на ее основе программ "здоровья" принципиально иного содержания и назначения. Эти программы, в основу которых будет заложено знание всех основных элементов модели "опыт"- "саносфера"- "универсальная адаптивность" (или иначе говоря - "информация"- "классификация" + "синтез"- "универсальная цель"), должны быть нацелены на конструирование здоровья.

Важным фактором развития практики историко-географической санологии является ее преподавание в медицинских вузах, которое может быть осуществлено в рамках учебной программы кафедр истории медицины, социальной гигиены и организации здравоохранения. По истории и теории историко-географической санологии нами разработано и опубликовано 8 учебных пособий (5 лекций и 3 методические разработки), которые получили широкое внедрение не только в регионе Средней Азии, но и в ряде медицинских институтов РСФСР, Казахстана и Молдавии.

Практический выход результатов работы получили также в двух научно-популярных фильмах "Авиценна. Этюды о здоровье" и "Восточное Возрождение", которые знакомят миллионы людей с идеями гуманизма, интернационализма, высокой духовности, физического совер-

шенствования, непреходящими ценностями подлинной культуры Востока. На основе данного исследования опубликованы монографии: "Этюды о здоровье: Ибн Сина и его античные предшественники", "Здоровый образ жизни: восточные традиции и современность" и "Древо мудрости и здоровья: питание в истории культуры Востока".

Все это только первые шаги в пропаганде идей опыта народов Средней Азии в области сохранения здоровья, опыта пробуждающего в людях историческую память и потребность в духовном и физическом обновлении (подробнее см. в разделе "Внедрение результатов исследования в практику").

Результаты проведенного исследования можно кратко сформулировать в выносимых нами на защиту следующих основных положений:

1. Исторический опыт народов Средней Азии в области сохранения здоровья является парадигмой культурных традиций, которые функционируют как алгоритмы духовного и физического развития популяций региона, формирующие "дух народа", самобытный путь универсальной адаптивности.

2. Глобальным социобиологическим механизмом функционирования парадигмы культурных традиций является азиатский спосо-б произ-водства, определявший в период optimum максимум исторического развития народов региона экологическое равновесие популяций и природной среды, высокий уровень гомеостаза, развитие уникальной культуры земледелия; альтернатива в исторический период optimum minimum глубокое нарушение экологического равновесия, резкий сдвиг в гомеостазе всех членов популяций - появление целого ряда краевых заболеваний, исчезновение культуры земледелия.

3. Глобальным биосоциальным механизмом функционирования парадигмы культурных традиций является межэтническая интeгpация, определяющая генетическое многообразие, интернационализм и общечеловеческое значение среднеазиатской культуры; альтернатива в период optimum minimum национальная ограниченность, упадок культуры, генетическое утомление популяций региона, краевая - наследственная патология (на фоне широкой практики родственных браков).

4. Глобальным культурно-историческим механизмом функционирования парадигмы культурных традиций является нравственность, играющая важнейшую роль в социальной эволюции человека,

в значительной степени определяя духовное здоровье общества, его способность к глубокому усвоению понятий совести, чести, милосердия; альтернатива этому механизму – нарастающая тенденция утраты духовного здоровья народов региона.

5. Системное единство и гармоничное взаимодействие популяции (популяций) и триады глобальных адаптивных механизмов, являющееся оптимальной структурой развития здоровья, физической и духовной эволюции народа, мы определяем термином **саносфера**.

6. **Историко-географическая санология** Средней Азии – концепция о моделировании и управлении саносферой, которое осуществляется в три этапа: системный анализ адаптивного опыта; моделирование оптимального взаимодействия популяции и глобальных механизмов развития здоровья; спецификация региональных программ развития – "здоровье".

Объем и структура работы. Диссертация состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, предложений, раздела "Внедрение результатов исследования в практику", списка литературы и источников и приложений. Объем 242 страницы машинописного текста, в том числе 4 таблицы, 13 графических моделей и 9 фотоиллюстраций. Список литературы и источников включает 556 названий (452 – литературы, 104 – источников), в том числе 106 иностранных.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обосновываются актуальность темы и проблемы, хронологические рамки, ставятся цель и задачи исследования, раскрывается содержание методологии, дается характеристика основных источников, показаны новизна и научно-практическая значимость работы, выдвинуты основные положения, выносимые на защиту.

В главе I, посвященной истории проблемы дается обзор греко-арабских литературных памятников и обзор современной литературы, содержащие широкий круг идей, категорий, понятий, которые позволяют проследить историю изучения здоровья человека таким образом, чтобы показать тенденции и закономерности формирования историко-географических основ санологии региона Средней Азии.

Анализируя содержание греко-арабских литературных памятников, мы рассматриваем проблему становления науки о здоровье от общетаблетических концепций Гипократа (диета) и Галена (гигиена) до краевого по своей сути учения Ибн Сины (об управлении телом). В исто-

рии науки о здоровье в XX веке мы, напротив, отталкиваемся от идеи краевой гигиены И.А.Кассирского и авиационологии Б.Д.Петрова, которые обретают новый смысл в свете общетеоретических концепций С.М.Павленко, Ю.П.Лисицина, В.П.Петленко и И.И.Брежмана.

Таким образом, получается логическая цепь, благодаря которой проблема рассматривается от общего к частному и от частного к общему. Эта логическая цепь, собственно, и определяет главную линию нашего исследования, которая достаточно полно отражена в названии диссертации "Исторический опыт народов Средней Азии в области сохранения здоровья и его значение для формирования здорового образа жизни на современном этапе". Тем самым, обосновывается важность принципа географической локализации проблемы, но не с целью углубления в частности, а с целью выявления на основе анализа этих частных общих тенденций и закономерностей.

Глава II посвящена методологии новой постановки проблемы, раскрытию интегративного потенциала истории медицины. Взгляд на историю медицины как на науку, обладающую большими возможностями для интеграции различных дисциплин, был особенно полно обоснован выдающимся швейцарским историком медицины Г.Сигеристом (1891-1957). Сигерист рассматривал медицину как органическую часть всемирно-исторического культурного процесса. Основываясь на собственных философских представлениях, он объединял медицинские знания со всеми другими устремлениями человека на различных этапах истории цивилизации. По существу то, что делал Г.Сигерист, было интуитивным применением системного подхода к познанию здоровья и болезни человека в рамках истории медицины, которые он раздвигал до размеров истории цивилизации в целом.

В своей работе мы как бы отталкиваемся от идеи Сигериста, чтобы сделать следующий шаг к раскрытию интегративного потенциала истории медицины, раздвигая ее рамки до историадаптивных процессов.

История адаптивных процессов в нашем исследовании представлена как методология изучения фундаментальных законов развития здоровья, поскольку мы концентрируем главное внимание на ее тектологических возможностях. История медицины, как бы широко мы не использовали ее интеграционный потенциал, не может развиваться вне магистральных путей развития современного методологического знания, в котором все более значительную роль играет математическая куль-

тура, уникальный опыт математического мышления.

Сегодня мы отчетливо видим, что для создания нового теоретического базиса истории медицины нужна не просто интеграция (как, например, у Г. Сигериста) в максимально возможной степени, а максимально возможная в каждом конкретном случае "гармоничная интеграция". Такую интеграцию способна обеспечить только модель — универсальный инструмент рассмотрения разнокачественных факторов.

Определив в этой главе пути "гармоничной интеграции" посредством моделирования и рассмотрев основные, с нашей точки зрения, принципы и методы истории адаптивных процессов, мы можем четко сформулировать понятийный аппарат методологии исследования, который включает: системный и функциональный подходы, методологию моделирования, принцип экстремальности, методики оптимизации и аппроксимации, понятие энтропия.

Данный понятийный аппарат не просто расширяет рамки истории медицины, но радикально меняет структуру ее методологии, определяя качественно новый этап теоретизации предмета. Таким образом, в этой главе обозначена основная стержневая линия истории адаптивных процессов, которая приводит нас к пониманию того, что развитие здоровья является функцией прогресса, как оптимального проявления самоорганизации социобиологической, биосоциальной и культурной систем жизнедеятельности популяций.

В главе III дана новая интерпретация и системный анализ содержания основных источников. В выделении этого раздела диссертация мы исходим из того, что новая постановка проблемы требует новой интерпретации содержания источников исследования.

Насущной задачей истории адаптивных процессов является разработка концептуальных систем-моделей, позволяющих "увидеть" текст и раскрыть не только механизм его "понимаемости", но и механизм функционирования его содержания в социальной психологии, в культурной жизни людей. Основными источниками анализа глубинной, "неосознанной информации", позволяющими раскрыть структуру и способ функционирования традиционного образа жизни народов Средней Азии являются крупнейшие в истории человечества религиозно-законодательные кодексы — Авеста и Коран, в которых заключены модели образа жизни. Эти модели мы будем называть "неосознанными моделями". О неосознанных моделях писал Ф. Боас (1922). Однако у него мы заимствуем только определения, вкладывая в него иной смысл, так

как "неосознанность" в нашем понимании означает не случайность, стихийность возникновения системных связей, а интуитивную структурализацию общественного бытия с целью его преобразования.

Первая "неосознанная модель" Заратустры рассматривается нами как начальная. Она функционировала с X века до н.э. до VII века н.э. Вторая "неосознанная модель", принадлежавшая Мухаммаду, функционировала в полную меру в VII-XII вв. и частично функционирует в регионе Средней Азии до сих пор, поэтому мы определяем ее как основную.

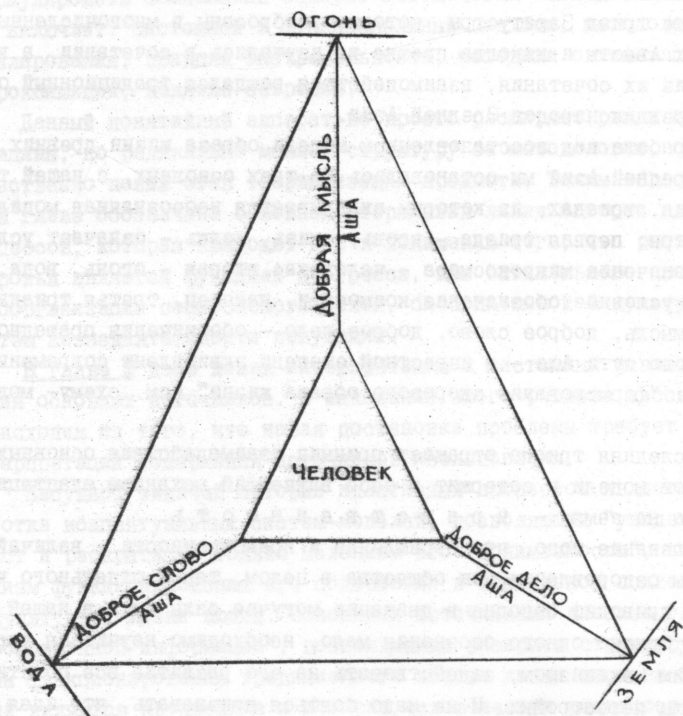
История в регионе Средней Азии начинается с фундаментальных идей, изложенных в религиозно-законодательном кодексе - Авесте, об идентичности строения микро- и макрокосмоса, об их глубинных связях, о необходимости стремиться к свету - высшему проявлению космического бытия. Эта взаимосвязь нашла структурное выражение в системе триад Заратустры, которые разбросаны в многочисленных разделах Авесты и никогда прежде не изучались в сочетании, а ведь именно из их сочетания, взаимодействия рождался традиционный образ жизни древних народов Средней Азии.

В работе над восстановлением модели образа жизни древних народов Средней Азии мы остановились на трех основных, с нашей точки зрения, триадах, из которых складывается неосознанная модель Заратустры: первая триада - кровь, слизь, желчь - означает условное обозначение микрокосмоса - человека; вторая - огонь, вода, земля - условное обозначение космоса и, наконец, третья триада - добрая мысль, доброе слово, доброе дело - обозначения праведного жизненного пути Аша - в известной степени эквивалент современному понятию: "формирование здорового образа жизни" (см. схему- модель I).

Последняя триада отражает принцип взаимодействия основных элементов модели и содержит в себе важнейший механизм адаптации человека на земле - **н р а в с т в е н н о с т ь**.

Осознание того, что стремление к нравственности - величайший механизм оздоровления как общества в целом, так и отдельного человека, приводит сегодня в движение могучие силы духа в нашей стране. Однако одного осознания мало, необходимо научиться управлять этим механизмом, задействовать на его развитие все политические силы перестройки. И не надо бояться признавать, что идея Заратустры о "Пути" является одной из древнейших парадигм, кото-

**"НЕОСОЗНАННАЯ" МОДЕЛЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
ЧЕЛОВЕКА И ПРИРОДЫ В АВЕСТЕ**



рая в отличие от научных парадигм синтезирует в себе философское, поэтическое и религиозное мышление, представляя собой своеобразную постановку проблемы формирования нравственности в общественном сознании и содержащую конструктивные и простые способы их решения.

Мухаммад принес новую систему, новый принцип организации духовной жизни, новые "точки отсчета" умственной деятельности, иные цели и устремления. Особенность происходившего состояла в том, что Мухаммад не пришел с готовой религиозной системой, а искал пути к ней и создавал ее на глазах у всех и даже с общей помощью. Поэтому, видимо, наиболее значительным было влияние ислама как религии на уклад жизни людей, на бытовую обстановку и на весь духовный мир их, что проявлялось в обычаях и запретах.

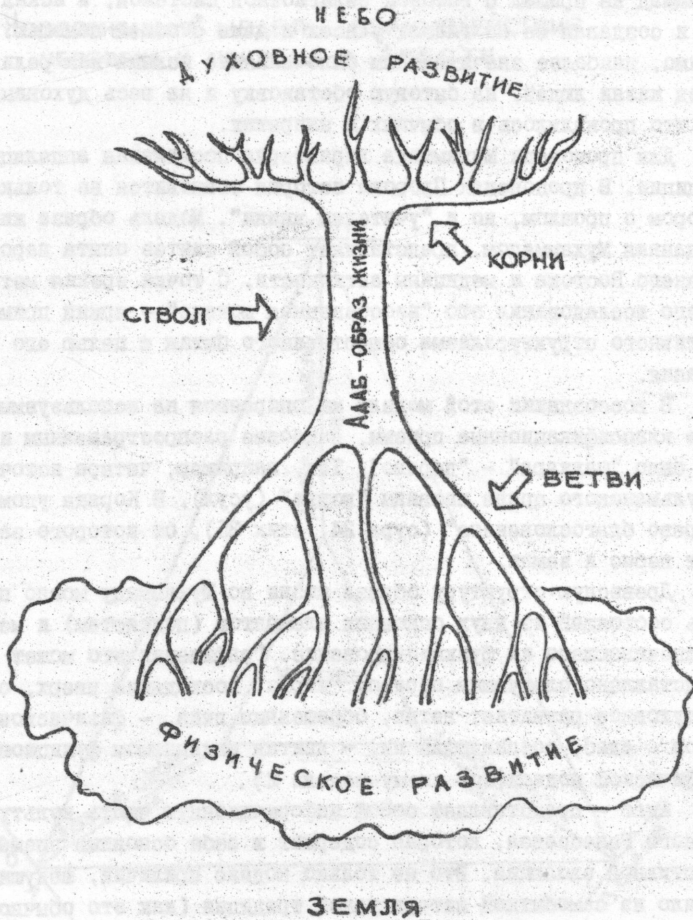
Для проповеди Мухаммада характерна постоянная апелляция к традиции. В проповедях Пророка история становится не только информатором о прошлом, но и "учителем жизни". Модель образа жизни, созданная Мухаммадом, представляет собой синтез опыта народов Древнего Востока и медианы античности. С точки зрения методологии нашего исследования это "неосознанная модель" - яркий пример интуитивного структурализма общественного бытия с целью его преобразования.

В воссоздании этой модели мы опираемся на используемые в исламе классификационные приемы, наиболее распространенным из которых было "шаджара" - "дерево". Так, например, четыре источника мусульманского права названы "корни" (усул). В Корана упоминается "дерево благословенное" (сура 24, стих 35), от которого зажигается свет небес и земли.

Древесную структуру образа жизни по Мухаммаду можно представить состоящей из двух основных элементов (подсистем) и механизма, обеспечивающего их функционирование. Графически это может быть представлено следующим образом: корни, восходящие вверх, обозначают духовное развитие; ветви, обращенные вниз, - физическое развитие; ствол - адаб, соединяющий их, - является механизмом функционирования графической модели (см. схему-модель 2).

Адаб - представляет собой информационную часть культуры восточного Ренессанса, которая содержит в себе основные элементы адаптивной эволюции. Это не только кодекс приличий, ведущий свое начало из самобытной литературной традиции (как это обычно принято считать), а самобытная философия здоровья, имеющая такие аналоги

ОСНОВНАЯ "НЕОСОЗНАННАЯ" МОДЕЛЬ ОБРАЗА ЖИЗНИ
НАРОДОВ СРЕДНЕЙ АЗИИ
/КОРАН/



как Аша (путь к истине) Заратустры и китайское Дао (путь). Общим объединяющим эти понятия является то, что они обозначают динамические системы поведения человека, его путь к духовному и физическому совершенству. Однако Адаб отличается от Аши и Дао тем, что является не только системой воззрений на путь к гармонии, но системой пропаганды, посредством особого типа литературы.

Адаб как самостоятельная гуманитарная культура является одним из важнейших элементов той системы возможностей, которой располагает человек для адаптации к изменяющимся условиям среды. Даже частичная утрата этой культуры подобна потере элементов генофонда, вычеркиванию из памяти живой материи важнейшей информации, без которой невозможна нормальная биосоциальная эволюция системы этнопопуляции. Разрушение человека на Востоке как носителя высокого "Духа народа" начинается с забвения гуманитарной культуры, с вычеркивания из памяти целых народов важнейшей информации, без которой нравственность как механизм эволюции практически не функционирует.

В главе IV рассмотрены глобальные социобиологический и биосоциальный механизмы развития здоровья.

История народов Средней Азии рассматривается нами на протяжении 3000 лет, начиная с земледельческой реформы Заратустры (X-VII вв. до н.э.) и до начала XX века. Если представить обозначенный исторический период как ряд событий, он покажется необозримым даже для составителей многотомной энциклопедии. Но если этот же исторический период рассматривать как мир идей, он легко концентрируется в таком понятии, как исторический опыт.

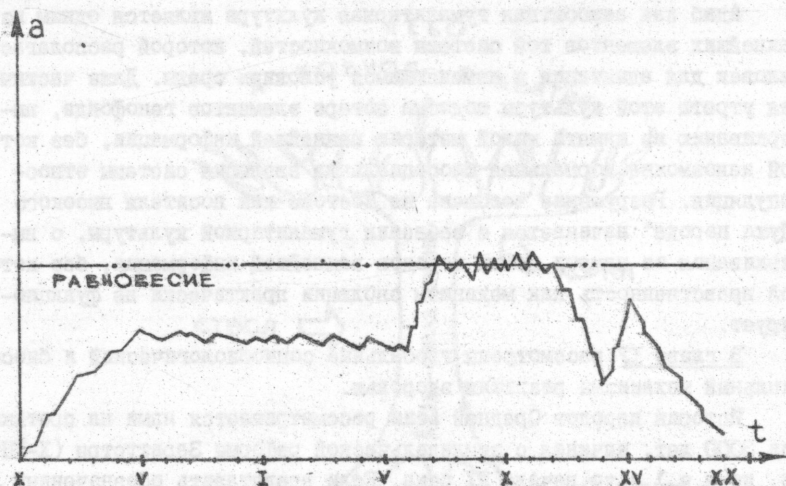
Мир идей, воплощенных в исторический опыт, в жизнь и деятельность многих поколений людей, позволяет проникнуть в самую "тайну тайн" истории, раскрыть глобальные механизмы, посредством которых она создает цивилизацию.

В истории народов Средней Азии мы выделяем два глобальных механизма развития здоровья: социобиологический - азиатский способ производства и биосоциальный - межэтническую интеграцию.

Эти механизмы красной нитью проходят через весь 3000-летний период истории народов Средней Азии и представлены нами в настоящей главе в виде графических моделей глобальных механизмов развития здоровья.

Глобальная модель необходима для определения последствий че-

ГРАФИЧЕСКАЯ /ИДЕАЛЬНАЯ/ МОДЕЛЬ ГЛОБАЛЬНОГО
СОЦИОБИОЛОГИЧЕСКОГО МЕХАНИЗМА РАЗВИТИЯ
ЗДОРОВЬЯ - АЗИАТСКОГО СПОСОБА ПРОИЗВОДСТВА



----- СОЦИОБИОЛОГИЧЕСКОЕ РАВНОБЕСИЕ - optimum
максимум развития АЗИАТСКОГО СПОСОБА
ПРОИЗВОДСТВА.

а КРИВАЯ РАЗВИТИЯ АЗИАТСКОГО СПОСОБА ПРОИЗВОДСТВА
В РЕГИОНЕ СРЕДНЕЙ АЗИИ НАЧИНАЯ С АГРАРНОЙ
РЕФОРМЫ ЗАРАТУСТРЫ ДО НАЧАЛА XX В.

t ПЕРИОД ИСТОРИИ АЗИАТСКОГО СПОСОБА ПРОИЗВОДСТВА
В РЕГИОНЕ СРЕДНЕЙ АЗИИ.

ловеческой деятельности в интервале времени большим, чем продолжительность жизни одного поколения. Преимущество такого моделирования, на наш взгляд, прежде всего заключается в концентрации и систематизации исторического времени, что позволяет раскрыть основные динамические тенденции при альтернативных вариантах развития моделируемых процессов. Другое важное преимущество моделирования многовековых динамических процессов заключается в том, что при достаточно глубоком анализе, оно позволяет увидеть возможные варианты управления этими процессами в настоящем и будущем.

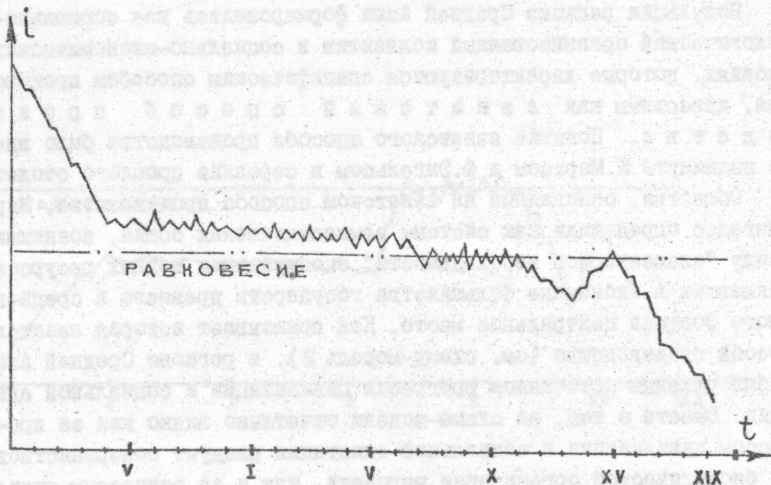
Популяции региона Средней Азии формировались как социально-биологический организованный коллектив в социально-экономических условиях, которые характеризуются специфическим способом производства, известным как **азиатский способ производства**. Понятие азиатского способа производства было впервые выдвинуто К.Марксом и Ф.Энгельсом в середине прошлого столетия.

Общества, основанные на азиатском способе производства, Маркс и Энгельс определили как системы земледельческих общин, возникших в силу "элементарной необходимости" эксплуатации водных ресурсов, занимавших в экономике большинства государств древнего и средневекового Востока центральное место. Как показывает история азиатского способа производства (см. схему-модель 3), в регионе Средней Азии он был главным источником прогресса цивилизации и социальной адаптации. Вместе с тем, на схеме-модели отчетливо видно как за прогрессом цивилизации и социальной адаптации следует совершенствование биологической организации человека, так и за регрессом цивилизации и социальной адаптации следуют регрессивные явления в биологической организации человека. Таким образом, можно заключить, что азиатский способ производства был не только источником возникновения различных форм традиционной культуры, но и глобальным механизмом формирования здорового образа жизни.

Схема-модель в общих чертах рисует картину взлетов и падений в истории азиатского способа производства в регионе Средней Азии. За каждым взлетом путь к биосоциальной гармонии, к здоровью всех членов популяции; за каждым спадом нищета и крайняя (прежде всего, наследственная) патология.

В современных революционных процессах, происходящих в нашем обществе, межэтнической интеграции принадлежит особое место в развитии духовного и физического здоровья человека, так как в ней за-

ГРАФИЧЕСКАЯ (ИДЕАЛЬНАЯ) МОДЕЛЬ ГЛОБАЛЬНОГО
 БИОСОЦИАЛЬНОГО МЕХАНИЗМА РАЗВИТИЯ.
 ЗДОРОВЬЯ МЕЖЭТНИЧЕСКОЙ ИНТЕГРАЦИИ.



i - функция социальной самоорганизации

..... РАВНОВЕСИЕ - optimum maximum преодоления
 ЭНТРОПИИ В БИОСОЦИАЛЬНОЙ ИСТОРИИ ДОПУЛЯЦИИ
 РЕГИОНА СРЕДНЕЙ АЗИИ

t - ПЕРИОД ИСТОРИИ НАРОДОВ СРЕДНЕЙ АЗИИ

ложены огромные возможности культурного и биологического (генетического) обновления. Раскрытие оздоровляющего потенциала этого глобального механизма – задача, имеющая не только научное, но и, прежде всего, большое политическое значение. И не будет преувеличением сказать, что судьба перестройки в значительной мере зависит сегодня от того как наше общество отнесется к концепции межэтнической интеграции, в основе которой лежит идея экономического и духовного единства.

В создании графической модели межэтнической интеграции как глобального биосоциального механизма, определяющего наряду с азиатским способом производства, прогрессивные (адаптивные) тенденции в истории народов Средней Азии, мы отталкиваемся от целого ряда функциональных закономерностей этногенеза, открытых советским ученым Л.Н.Гумилевым. В его работах мы находим подтверждение наших представлений об антиэнтропийной роли межэтнической интеграции. Этот процесс Гумилев рассматривает как "пассионарное поле", "однаковую вибрацию биотоков" у представителей различных этносов, которая превращается в "единый ритм". Важно подчеркнуть, что "единый ритм" не означает полную ассимиляцию, поскольку ритмы – вибрация биотоков – сближаются по активности и частоте, но характер их определяется местными условиями: ландшафтными, этнокультурными, социальными и т.п.

В своей графической модели межэтнической интеграции как глобального биосоциального механизма, мы исходим из основной идеи, высказанной в рамках истории адаптивных процессов, согласно которой длительная биосоциальная история может быть представлена как функция глобального энтропийного процесса, в развитии которого наступает момент максимального снижения "неравновесности" и резкий подъем самоорганизации. В нашей трактовке это период – *optimum maximum* VII–XII вв., содержащий в себе огромный опыт развития здоровья популяций на генетическом уровне. Этот опыт позволяет утверждать, что интернационализм – путь к физическому и духовному здоровью как общества в целом, так и отдельного индивида. Воспитать в человеке это чувство – значит раскрыть перед ним перспективы гармонического развития, достижения духовного и физического здоровья.

Глава V посвящена анализу содержания культурных традиций как алгоритмов развития здоровья. Многие авторы (Л.Н.Лаяда, 1966;

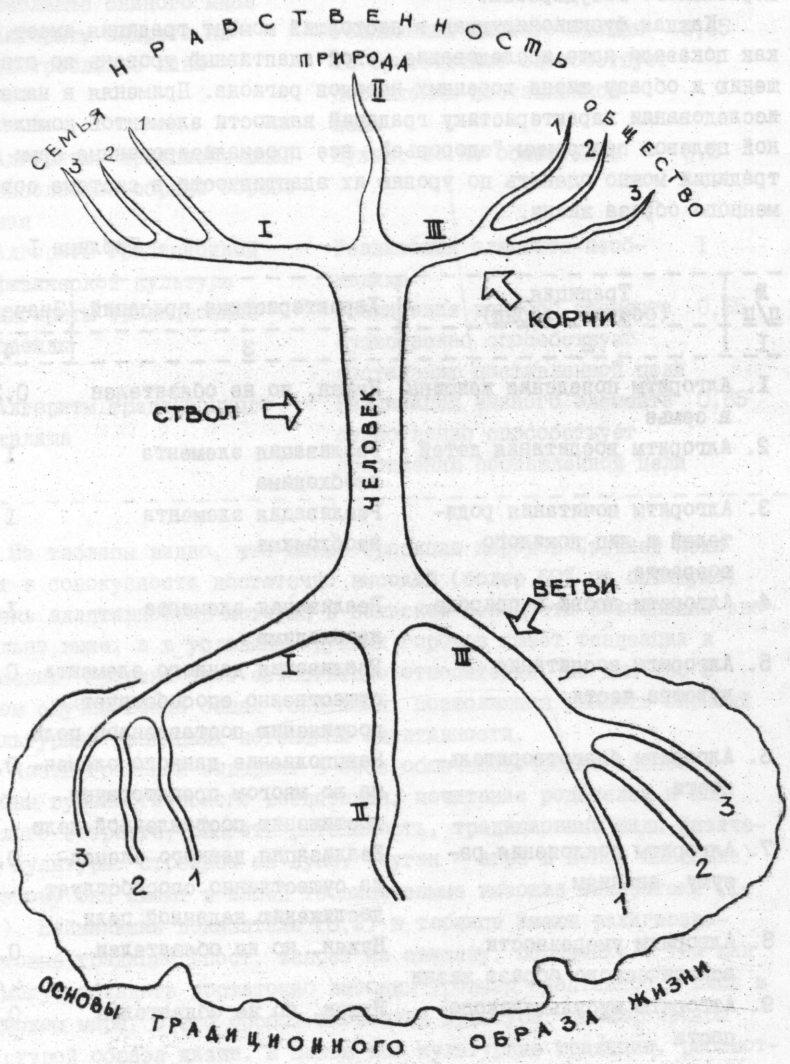
Б.В.Бирюков, Е.С.Геллер, 1973 и др.), учитывая, что алгоритмический подход применяется к широкому классу объектов, связанному с многообразными формами человеческого поведения, деятельности, психики, предлагают использовать не математически строгое понятие алгоритма, а его ослабленные варианты: "алгоритмическое предписание", "предписание алгоритмического типа" и др. С учетом того, что именно подобного рода алгоритмы образуют диспозицию значительного числа традиций как социальных норм, мы можем определить их как алгоритмы развития здоровья.

Исторический опыт народов Средней Азии в области сохранения здоровья как ядро кумуляции адаптивных традиций мы рассматриваем на примере развернутой древесной модели, построенной по аналогии с древесной основной неосознанной моделью образа жизни в Коране. По существу это развернутый вариант основной модели, построенный по принципу соотношения корней (духовного), обращенных к небу и ветвей (физического), обращенных к земле. В числовом выражении модель состоит из двух основных триад (три основных корня, три основных ветви). Числа для нас в данном случае не только средство четкой систематизации, но и упрощения.

Разработанная нами древесная модель традиций - алгоритмов здоровья - тысячелетнее "древо мудрости", уходящее своими корнями духа в небо. В этой перевернутости, в этих устремлениях к звездам корней доброты, любви и милосердия - ответ на вопрос с чего начинать строительство науки о здоровье. В каждой цифре на "древо мудрости" - "живая душа" наших далеких предков, запечатленная в традициях-алгоритмах. Они просты как цифры, но лишь на первый взгляд, так как из них складываются уравнения развития человека как феномена культуры, из них складывается путь к гармонии духовного и физического.

Результаты анализа адаптивности народных традиций говорят о скрытых в них в обычных условиях адаптивных программах поведения; их механизмы восходят, с одной стороны, к общим для всех представителей данной популяции рефлексам (например, отвращение к свинине), с другой - к социально-воспитанным детерминантам. Следует также учитывать, что в одном и том же городе (деревне) могут жить группы, живущие по совершенно различным адаптивным программам поведения ("восточный", "западный", "смешанный" уклады), функционирующих в рамках единого советского образа жизни. И это надо не только при-

ДРЕВО ТРАДИЦИЙ - АЛГОРИТМОВ РАЗВИТИЯ ЗДОРОВЬЯ



нать естественным, но найти пути включения этих программ в систему современной перестройки, создающей новый органический синтез рыночной экономики и национальных культур в рамках единого конфедеративного государства.

Каждая функционирующая в настоящий момент традиция имеет, как показало наше исследование, свой адаптивный уровень по отношению к образу жизни коренных народов региона. Применяя в нашем исследовании характеристику градаций важности элементов комплексной целевой программы "здоровье", все проанализированные нами традиции можно оценить по уровню их адаптивности в системе современного образа жизни.

Таблица I

№ п/п	Традиция (обычай, обряд)	Характеристика градаций	Значение
1	2	3	4
1.	Алгоритм поведения женщины в семье	Нужен, но не обязателен	0,2
2.	Алгоритм воспитания детей	Реализация элемента необходима	I
3.	Алгоритм почитания родителей и лиц пожилого возраста	Реализация элемента необходима	I
4.	Алгоритм любви к природе	Реализация элемента необходима	I
5.	Алгоритм воспитания чувства чести	Реализация данного элемента существенно способствует достижению поставленной цели	0,65
6.	Алгоритм благотворительности	Невыполнение данного элемента во многом препятствует достижению поставленной цели	0,85
7.	Алгоритм поклонения разуму, знаниям	Реализация данного элемента существенно способствует достижению заданной цели	0,65
8.	Алгоритм умеренности, аскетического образа жизни	Нужен, но не обязателен	0,2
9.	Алгоритм мусульманского поста	Нужен, но не обязателен	0,2

1	2	3	4
10. Алгоритм запрета на употребление свиного мяса	Нужен, но не обязателен	0,2	
11. Алгоритм запрета на употребление вина	Реализация данного элемента существенно способствует достижению поставленной цели	0,65	
12. Алгоритм, предписывающий выполнение обряда обрезания	Нужен, но не обязателен	0,2	
13. Алгоритм традиционной физической культуры	Реализация элемента необходима	1	
14. Алгоритм традиционной одежды	Реализация данного элемента существенно способствует достижению поставленной цели	0,65	
15. Алгоритм традиционного жилища	Реализация данного элемента существенно способствует достижению поставленной цели	0,65	

Из таблицы видно, что живые традиции народов Средней Азии имеют в совокупности достаточно высокий (более 60% от оптимума) уровень адаптивности, который в сельской местности несомненно значительно выше, а в условиях крупных городов имеет тенденции к понижению. Уровень этот естественно относителен, но для нас в данном случае важна общая тенденция, позволяющая увидеть скрытый в культурных традициях потенциал адаптивности.

Часть традиций содержит в себе общечеловеческие ценности (основы гуманистического воспитания, почитание родителей и лиц пожилого возраста, благотворительность, традиционные виды физической культуры: стрельба из лука, чоуган - игра в поло, плавание) и поэтому они имеют в нашей таблице самые высокие показатели (1-0,85). Наименьшие показатели (0,2) в таблице имеют религиозно-культурные традиции (пост, запрет на свинину, обрезание), так как они могут обладать достаточно высоким уровнем адаптивности лишь в исламском мире, с его особой экологией культуры, специфической структурой образа жизни. В целом все культурные традиции, рассмот-

ренные нами в главе У как алгоритмы (минипрограммы) развития здоровья, составляют единую структуру исторического опыта народов Средней Азии в области сохранения здоровья, на основе которой мы выдвигаем концепцию историко-географической санологии Средней Азии.

В главе VI раскрыто значение исторического опыта народов Средней Азии в области сохранения здоровья для формирования здорового образа жизни на современном этапе.

Исторический опыт народов Средней Азии в области сохранения здоровья рассмотрен нами как целостная система культурных традиций, функционирующая благодаря глобальным адаптивным механизмам. Эта система обеспечивает гармоничное взаимодействие человека и его культуры, что в свою очередь, способствует высокому уровню адаптивности всей популяции к социальной и природной среде.

Проведенный в предыдущих главах анализ содержания этого опыта, выделение его основных структур (моделей, графов), позволяет утверждать, что он должен быть предметом изучения специальной отрасли знаний, которую в настоящей диссертации мы выдвигаем как концепцию историко-географической санологии.

В истории патологии аналогичная концепция была выдвинута еще в середине прошлого века немецким историком медицины, патологом и гигиенистом А.Гиршем. Именно он является автором термина "географическая патология", который появился в медицинской литературе в 1856 году. В дальнейшем на основе изучения многочисленных литературных источников, куда входили как специально медицинские работы, так и наблюдения путешественников, А.Гирш выпустил в свет трехтомное руководство по историко-географической патологии "Handbuch der historisch-geographischen Pathologie" (1881-1886).

В разработке концепции историко-географической санологии мы также основывались на многочисленных литературных источниках с той однако разницей, что подчинили весь имеющийся в нашем распоряжении фактический материал методологии адаптивных процессов, построенной не только на гуманитарных, но и, прежде всего, на математических подходах. В результате мы получили качественно новый уровень осмысления фактического материала, так как возникла возможность кумулировать огромную информацию в моделях, графах механизмов развития здоровья, культурных традициях - алгоритмах. Подобная методология

позволила раскрыть взаимосвязь идей, теорий и гипотез из совершенно различных областей знаний.

Следует подчеркнуть, что разработанная нами методология не простое присоединение некоторых математических методов и подходов к традиционному принципу историзма. Построенная на математическом (кибернетическом) видении реальности эта методология предполагает радикальные изменения в знании о развитии здоровья человека, о структуре физической реальности, среды, в которой проходит его жизнедеятельность.

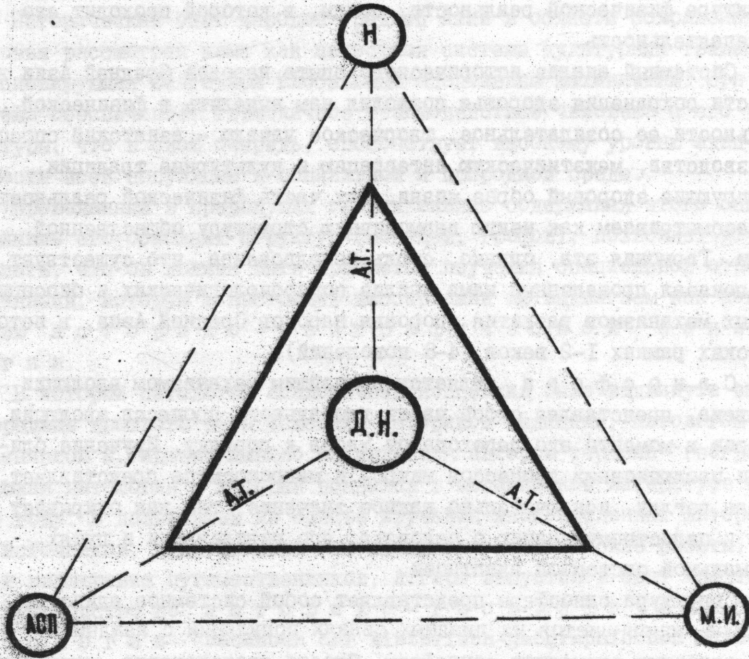
Системный анализ исторического опыта народов Средней Азии в области сохранения здоровья позволил нам выделить в физической реальности ее созидательное, творческое начало – азиатский способ производства, межэтническую интеграцию и культурные традиции, формирующие здоровый образ жизни. Эту часть физической реальности мы рассматриваем как некую гармоничную структуру общественной жизни. Гармония эта, однако, столь недолговечна, что существует, как показал проведенный нами анализ социобиологических и биосоциальных механизмов развития здоровья народов Средней Азии, в исторических рамках 1–2 веков (4–8 поколений).

С а н о с ф е р а является важнейшим механизмом эволюции человека, представляя собой часть глобального процесса эволюции материи в моменты его перехода от хаоса к порядку. Изучение близости эволюционных процессов микро- и макрокосмоса представляет, на наш взгляд, исключительно важное значение, так как открывает путь к целостному знанию о человеке, его цивилизации и путях оптимальной системной адаптации.

Структура саносферы представляет собой системное единство, которое основывается на диадных связях популяции с каждым из трех основных элементов саносферы. Способ производства, межэтническая интеграция и нравственность в равной степени определяют адаптивность популяции, ее способность к эволюции. Диадные связи здесь выражаются в каналах прямой и обратной связи: "популяция – способ производства", "популяция – межэтническая интеграция", "популяция – культура". Связи эти осуществляются посредством культурных традиций, которые выполняют в данном случае роль каналов связи с глобальными механизмами развития здоровья.

В центре модели точка – символ духа народа. Этот символ заимствован нами из древневосточной философии и, в частности, из

СХЕМА (№ 6.) СТРУКТУРА САНОСФЕРЫ РЕГИОНА СРЕДНЕЙ АЗИИ



Д.Н. - ДУХ НАРОДА

А.Т. - ТРАДИЦИИ АЛГОРИТМЫ - КАНАЛЫ БИНАРНОЙ СВЯЗИ
МЕЖДУ ЧЕЛОВЕКОМ ДАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ И
САНОСФЕРОЙ.

АСП. - ГЛОБАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ЗДОРОВЬЯ -
АЗИАТСКИЙ СПОСОБ ПРОИЗВОДСТВА.

М.И. - ГЛОБАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ЗДОРОВЬЯ -
МЕЖЭТНИЧЕСКАЯ ИНТЕГРАЦИЯ.

Н - ГЛОБАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ЗДОРОВЬЯ -
ПРАВДА И СПРАВЕДИВОСТЬ.

древнеиндийской философии Таро, рассматривающую точку как символ души человека. Диадные связи сходятся в этой точке, определяя уровень нравственного состояния нации, как отражение высшей гармонии в эволюции человека.

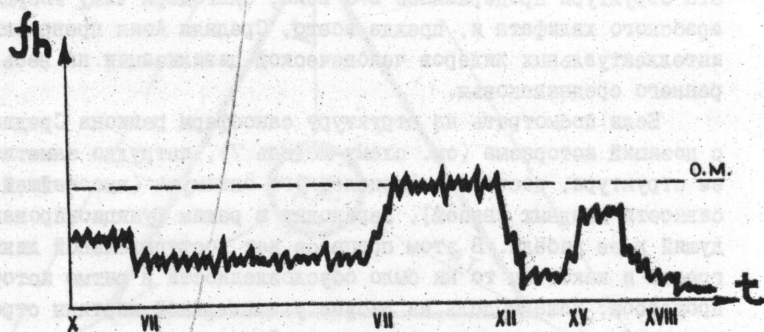
Устойчивость диадных связей зависит от интенсивности их взаимодействия, которое должно поддерживаться на определенном оптимальном уровне, что делает систему саносферы уязвимой. Действительно, как показало проведенное нами исследование глобальных механизмов развития здоровья, даже незначительное ослабление в одной из диадных связей ведет к разрушению триадной структуры саносферы в целом.

Историческим прототипом такой структуры саносферы может служить эпоха восточного Возрождения, когда в идеальном состоянии эта структура продержалась 2-3 века, благодаря чему государства арабского халифата и, прежде всего, Средняя Азия превратились в интеллектуальных лидеров человеческой цивилизации на весь период раннего средневековья.

Если посмотреть на структуру саносферы региона Средней Азии с позиций историзма (см. схему-модель 7), нетрудно заметить, что ее структура, достигая определенного оптимума (высочайшей интенсивности диадных связей), переходит в режим функционирования, ведущий к ее гибели. В этом процессе нет поступательной линии прогресса и какой бы то ни было обусловленности в ритме исторических процессов. Наша модель не рисует утешительной картины строго упорядоченной истории в духе доктрины о "невидимой направляющей руке Адама Смита". Напротив, отчетливо видно, что в основе ее лежит "фундаментальная неопределенность истории", признание которой, по мнению И. Пригожина и И. Стенгерс, позволяет подойти к реальному ее пониманию, отказаться от упрощения ее динамики.

Модель динамики саносферы региона Средней Азии проливает свет на природу трудностей "управления развитием здоровья", зависящем от интенсивности взаимодействия основных элементов. Проведенный анализ социобиологических и биосоциальных процессов, происходящих в регионе в последние 3000 лет, показал, что нарушение любой из связей, любое локальное вмешательство в систему саносферы обретает коллективный аспект, который может повлечь за собой совершенно неожиданные глобальные последствия. Мы приучены мыслить в терминах линейной причинности, дальше диадных связей не

ГРАФИЧЕСКАЯ СХЕМА ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ ИСТОРИИ САНОСФЕРЫ РЕГИОНА СРЕДНЕЙ АЗИИ



f_h - Функция саносферы региона Средней Азии.

О.М. - Оптимум максимум структурализации саносферы.

t - Время (хронологические рамки).

идет ни одна современная комплексная целевая программа "здоровье". Одно из величайших преимуществ триадной модели состоит как раз в том, что она позволяет нам находить пути корреляции процессов, видеть их в динамике и взаимодействия в данный момент времени и в конкретных условиях.

Таким образом, в структуре саносферы - ключ к ее управлению. Преодоление "фундаментальной неопределенности" истории адаптивных процессов возможно лишь при условии осмысления причинно-следственных связей и возможных вариантов корреляции в течении структуры адаптивных процессов как двигателей эволюции человека от хаоса к гармонии, от антропогенных пустынь к саносфере.

Большой опыт и культура работы с точными понятиями, накопленными в математике, нашли свое отражение в известной методике спецификации программ. Существуют разные подходы к понятию спецификация и разные названия для ряда близких понятий. Общепринятого определения спецификации нет и скорее всего не может быть в силу природы этого предмета.

В нашей трактовке этого понятия мы исходим из необходимости искать продуктивный синтез математического и гуманитарного, как мы это делали в главе У, рассматривая алгоритм в так называемом "ослабленном варианте" по отношению к строгой математической трактовке. Точно так же, как и в программах для ЭВМ, спецификация в программах развития здоровья - это исходное или промежуточное (на пути к программе) описание задачи, которую должна решать пресектируемая программа. Под описанием задачи мы понимаем ее предельную конкретизацию, кумулирующую все пункты программы вокруг реального человека. На практике это значит (говоря словами А.Блока), "безличное - воочеловечить", так как существующие программы развития здоровья, как правило, безличны, уровень абстрактного столь велик, что они не могут быть рабочими, не могут функционировать как модели. Спецификация же, даже в программах технического характера, предельно математизированных для ЭВМ обращена, прежде всего, к конкретному человеку.

Концепция о саносфере уже на данном этапе ее осмысления может быть рабочей применительно к идее спецификации программ развития здоровья. На данном этапе разработки проблемы структура саносферы может быть использована как классификатор и синтезатор информации содержания цели (дерева целей) любой региональной про-

СХЕМА СПЕЦИФИКАЦИИ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РАЗВИТИЯ ЗДОРОВЬЯ

(ДЛЯ РЕГИОНА СРЕДНЕЙ АЗИИ)



граммы развития здоровья. Если представить схематически (см. схему-модель 8), структура саносферы может служить ключевым кумулирующим звеном между общей базой информации и содержанием цели. Естественно, что не вся информация может и должна быть специфицирована через структуру саносферы. Эта структура вводится нами как классификатор уже обработанной информации, с целью обеспечения естественной организации ее элементов и связей адекватных структуре объекта (прежде всего образа жизни).

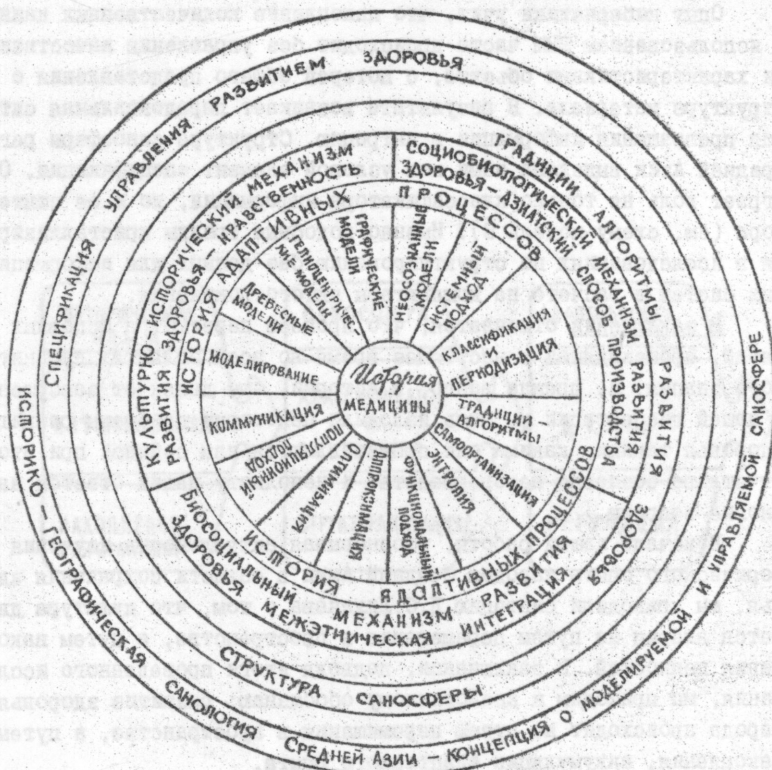
Опыт кибернетики учит, что накопление количественных данных с использованием ЭВМ часто происходит без управления качественными характеристиками объекта, с потерей общего представления о структуре материала. В результате возникает парадоксальная ситуация превращения информации в энтропию. Структура саносферы региона Средней Азии выделена нами как узловой элемент спецификации. Она играет роль не только классификатора информации, но и ее синтезатора (см. схему-модель 8). Именно подобные триады кристаллизируются в исследованиях по структурированию баз данных для информационных систем в расчете на компьютеры пятого поколения.

В заключении отмечается, что процесс пересмотра основных понятий, происходящий в настоящее время во всех областях гуманитарного знания, и, прежде всего, в истории, еще далек от завершения. В нашей диссертации мы лишь изложили некоторые проблемы развития здоровья такими, какими они представляются нам сейчас, при этом отчетливо сознавая несовершенство и неполноту наших ответов на многие вопросы.

В начале нашей работы, обосновывая актуальность изучения исторического опыта народов Средней Азии в области сохранения здоровья, мы приводили цитату Д.С.Лихачева о том, что культура движется вперед не путем перемещения в пространстве, а путем накопления ценностей. В заключении, подводя итоги проведенного исследования, мы приходим к аналогичному обобщению: развитие здоровья народа происходит не путем перемещения в пространстве, а путем накопления, аккумуляции адаптивного опыта.

Механизм этой аккумуляции в историко-географическом регионе Средней Азии представляет собой сложный процесс самоорганизации преодоления энтропии на социальном, биологическом и культурном уровнях. Суммируя результаты моделирования различных аспектов этого процесса, можно вывести общую закономерность, которая выра-

ИСТОРИКО-ГЕОГРАФИЧЕСКАЯ САНОЛОГИЯ СРЕДНЕЙ АЗИИ (ИНТЕГРАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ)



жается в единстве и взаимообусловленности всех процессов самоорганизации, хотя нарастание энтропии происходит с индивидуальной скоростью (социальные структуры рвутся быстрее, чем биологические), биосоциальную эволюцию человека определяет синхронная самоорганизация всех процессов — периоды *optimum maximum* адаптивности популяций (см. графические модели 3 и 4).

Известно, что прогресс науки довольно часто описывают как отрыв от конкретного опыта, как подъем на все более высокий уровень абстракции, воспринимаемый со все большим трудом. Однако следует учитывать и тот факт, что концептуальные инновации, возмевшие решающее значение в развитии науки, далеко не всегда были связаны с восхождением по лестнице абстракций. В своей работе мы пошли по пути синтеза конкретного исторического опыта и современной методологии моделирования, позволяющей с тяжелым грузом объемного фактического материала подняться на новый уровень абстракции.

Возникновение подобного синтеза в настоящей диссертации является результатом раскрытия интеграционного потенциала истории медицины, расширение ее методологических рамок до истории адаптивных процессов. Однако это был только первый этап интеграции — синтеза методов исследования, подготовивший основу для интеграции идей из различных областей знаний, составивших в итоге теоретическое единство, которому мы дали определение — историко-географическая санология. Следует отметить, что интегративная модель историко-географической санологии (см. схему-модель 9) отражает не просто застывшую теоретическую структуру, а новую парадигму, синтезирующую перечисленные идеи (см. табл. 2).

Важно подчеркнуть, что данная парадигма существенно отличается от тех, к которым применимо описание Т.Куна, так как мы раскрыли существо не "очевидной", "поверхностной" информации, а скрытую преемственность проблем, которые до недавнего времени отвергались в нашей стране как лженаучные и антиисторические (например, проблемы нравственных основ религии, национальной культуры, традиционного земледелия и т.п.).

Итак, даже немногие рассмотренные нами вопросы формирования здорового образа жизни в регионе Средней Азии показывают насколько сложной структурой являются древние этносы, обладавшие, как видно из проведенного нами исследования, высочайшей чувствительностью к изменениям в их структуре. Достаточно разрушить один элемент, на-

ПОНЯТИЙНЫЙ АППАРАТ диссертация (перечень основных терминов)

I. ОСНОВНЫЕ ИСХОДНЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОНЯТИЯ:

- исторический метод,
- системный анализ,
- модель,
- моделирование,
- оптимизация,
- аппроксимация,
- функция,
- энтропия.

II. ОСНОВНЫЕ ИСХОДНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОНЯТИЯ:

- азиатский способ производства,
- межэтническая интеграция,
- нравственность.

III. ОСНОВНЫЕ СИНТЕЗИРОВАННЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОНЯТИЯ:

- история адаптивных процессов,
 - спецификация программ развития здоровья,
 - культурные традиции - алгоритмы развития здоровья,
 - "неосознанные модели" образа жизни,
 - санософера,
 - историко-географическая санология.
-

рушить естественную логику развития трудовых процессов и катастрофа неизбежна. Такая высокая чувствительность внушает нам сегодня не столько опасения, сколько надежду на то, что возможно строго научное управление культурным развитием народов среднеазиатских республик, конструирование здорового образа жизни.

В Ы В О Д Ы

1. Информационный поиск (1985, 1989) показал, что прямых аналогов избранной темы в отечественной и зарубежной литературе нет, хотя имеется широкий круг идей, категорий, понятий, которые позволяют объяснить отдельные стороны изучаемого нами предмета.

2. Методологическая основа для создания историко-географического учения о развитии здоровья разработана нами путем синтеза гуманитарных и математических методик. Значение включения математи-

ческих основ в методологию истории медицины заключается в качественно новом подходе к историко-медицинским исследованиям — от описательных к гипотетико-дедуктивным и далее к аксиоматизированным содержательным. Математизация становится таким образом одной из фундаментальных проблем историко-медицинской науки, разработка которой способствует развитию самостоятельного направления: истории адаптивных процессов.

3. В разработке концепции историко-географической санологии Средней Азии мы основывались на многочисленных литературных источниках, подчинив весь имеющийся в нашем распоряжении фактический материал методологии адаптивных процессов, построенной не только на гуманитарных, но и, прежде всего, на математических подходах. В результате мы получили качественно новый уровень осмысления фактического материала, так как возникла возможность кумулировать огромную информацию в моделях, графах механизмов развития здоровья, культурных традициях — алгоритмах. Подобная методология позволила раскрыть взаимосвязь идей, теорий и гипотез из совершенно различных областей знаний.

4. Разработанная нами методология адаптивных процессов — не простое присоединение некоторых математических методов и подходов к традиционному принципу историзма. Построенная на математическом (кибернетическом) видении реальности эта методология предполагает радикальные изменения в знании о развитии здоровья человека, о структуре физической реальности, среды, в которой проходит его жизнедеятельность.

5. Исторический опыт народов Средней Азии в области сохранения здоровья — основная категория в системе теоретических элементов историко-географической санологии, представляющая собой парадигму культурных традиций, которые функционируют как алгоритмы адаптации человека, являющегося продуктом длительного культурно-исторического процесса. Основными механизмами, определяющими адаптивный уровень этого опыта являются: азиатский способ производства (социобиологический механизм), межэтническая интеграция (биосоциальный механизм), традиционная культура (этнопсихологический механизм).

6. Анализ 3000-летней динамики азиатского способа производства позволяет заключить, что он является главным источником прогресса цивилизации и социальной адаптации, более трех тысяч лет

определявшим сущность взаимодействия популяций и среды в регионе Средней Азии, определяя в период *optimum maximum* исторического развития народов региона высокий уровень гомеостаза, развитие уникальной культуры земледелия; альтернатива в исторический период *optimum minimum* глубокое нарушение экологического равновесия, резкий сдвиг в гомеостазе всех членов популяции – появление целого ряда краевых заболеваний, исчезновение культуры земледелия.

7. Глобальным биосоциальным механизмом развития здоровья в регионе Средней Азии является межэтническая интеграция, определяющая генетическое многообразие, интернационализм и общечеловеческое значение среднеазиатской культуры; альтернатива в периоды *optimum minimum* национальная ограниченность, упадок культуры, генетическое утомление популяций региона, краевая – наследственная патология.

8. Самобытная гуманитарная культура народов Средней Азии – адаб – является одним из важнейших элементов той системы возможностей, которой располагает человек для адаптации к изменяющимся условиям среды. Наше исследование показало, что даже частичная утрата этой культуры подобна потере элементов генофонда, вычеркиванию из памяти живой материи важнейшей информации, без которой невозможна нормальная эволюция популяций. Разрушение человека на Востоке как носителя высокого "духа народа" начинается с забвения гуманитарной культуры, с вычеркивания из памяти целых народов важнейшей информации, без которой нравственность как важнейший механизм эволюции практически не функционирует.

9. Системный анализ исторического опыта народов Средней Азии в области сохранения здоровья позволил нам выделить в физической реальности ее созидательное, творческое начало – азиатский способ производства, межэтническую интеграцию и традиционную культуру, связанных посредством традиций алгоритмов с духовным и физическим миром человека. Эту часть физической реальности мы рассматриваем как некую гармоничную структуру общественной жизни. Гармония эта, однако, столь недолговечна, что существует, как показал проведенный нами анализ социобиологических и биосоциальных механизмов развития здоровья народов Средней Азии, в исторических рамках I–2 веков (4–8 поколений). Мы определяем эту структуру, которая складывается из гармоничного взаимодействия популяций и глобальных адаптивных механизмов – терминем саносфера.

10. Саносфера является важнейшим механизмом эволюции человека,

представляя собой часть глобального процесса эволюции материи в моменты его перехода от хаоса к порядку. Изучение этого исторического феномена представляет, на наш взгляд, исключительно важное значение, так как открывает путь к целостному знанию о человеке, его цивилизации и путях оптимальной системной адаптации.

11. Структуру саносферы региона Средней Азии мы рассматриваем как триаду, в которой два элемента – азиатский способ производства и межэтническая интеграция – синтезируют третий, более высший по уровню организации – культуру.

12. Структура саносферы представляет собой системное единство, которое основывается на диадных связях популяции с каждым из трех основных элементов саносферы. Способ производства, межэтническая интеграция и культура (нравственность) в равной степени определяют адаптивность популяции, ее способность к эволюции. Диадные связи здесь выражаются в каналах прямой и обратной связи: "популяция – способ производства", "популяция – межэтническая интеграция", "популяция – культура". Связи эти осуществляются посредством культурных традиций, которые выполняют в данном случае роль алгоритмов (микропрограмм) взаимодействия популяции с глобальными механизмами развития здоровья.

13. Историческим прототипом гармоничного функционирования структуры саносферы Средней Азии может служить эпоха восточного Возрождения IX–XI вв., когда в идеальном состоянии эта структура продержалась 2–3 века, благодаря чему государства арабского халифата и, прежде всего, Средняя Азия превратились в интеллектуальных лидеров человеческой цивилизации на весь период раннего средневековья.

14. Проведенный анализ социобиологических и биосоциальных процессов, происходивших в регионе в последние 3000 лет, показал, что нарушение любой из связей, любое локальное вмешательство в систему саносферы обретает коллективный характер, который может повлечь за собой совершенно неожиданные глобальные последствия.

15. Спецификация и моделирование – это путь от мертвого планирования к созданию действующих механизмов развития здоровья, превращения программы из суммы элементов (пунктов) в механизм, ценность которого во взаимодействии этих элементов. Суть системно-регионального подхода заключается в создании таких региональных рабочих моделей – целевых программы развития здоровья, построенных

с учетом историко-культурных (а не навязанных извне идеологических) потребностей человека в здоровье, в гармоничном развитии.

16. Спецификация программ развития здоровья должна начинаться, прежде всего, с анализа роли традиции в жизни индивида, выделения ключевых шаблонов национального мышления и поведения. Только проанализировав ключевые "живые традиции", их роль в формировании шаблонов образа жизни людей, можно начинать конструктивное программирование процессов развития здоровья.

17. Саносфера как концентрированная структура адаптивного опыта может быть рабочей системой применительно к идее спецификации программ развития здоровья. На данном этапе разработки проблемы структура саносферы может быть использована как классификатор и синтезатор информации содержания цели (дерева целей) региональных программ развития здоровья. Эта структура может функционировать как классификатор уже обработанной информации с целью обеспечения естественной организации ее элементов и связей адекватных структуре объекта (прежде всего образа жизни).

18. Историко-географическая санология Средней Азии - концепция о моделировании и управлении саносферой, которое осуществляется в три этапа: системный анализ адаптивного опыта; моделирование оптимального взаимодействия популяции и глобальных механизмов развития здоровья; спецификация региональных программ развития - "здоровье".

19. Предметом историко-географической санологии является здоровье человека как члена этноса-популяции (социобиологического коллектива), формировавшегося на протяжении длительной непрерывной истории в локальном культурном и географическом ареале.

20. Историко-географическая санология изучает тенденции и закономерности биосоциальной адаптации популяций и пути включения адаптивного опыта в современные системы развития здоровья, выходящие на новый уровень спецификации региональных программ "здоровья".

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

I. Предложения по реорганизации республиканского музея здравоохранения.

I.I. Реорганизация работы музея здравоохранения Узбекистана МЗ УзССР требует создания "философии" музея, генеральной идеи, которой должны быть пронизаны основные программы комплектования,

научные исследования, создание новых экспозиций, организация научных обществ и групп, санитарно-просветительная работа.

1.2. В основу реорганизации музея должна быть положена новая экспозиция музея, которую составят модели, разработанные в настоящей диссертации: "неосознанные" модели образа жизни в Авесте и Коране, графические модели глобальных адаптивных механизмов - азиатского способа производства и межэтнической интеграции, древняя модель культурных традиций - алгоритмов развития здоровья, триадная модель сансферы региона Средней Азии. Все эти экспозиции должны стать новой философией музея, раскрыть его потенциал как храма традиционной культуры, содержащей в себе многовековой опыт гармоничного развития народов региона.

П. Предложения по организации регионального центра формирования здорового образа жизни.

П.3. Проблема формирования здорового образа жизни является ключевым звеном Комплексной целевой программы "здоровье" города Ташкента, так как кумулирует в себе конечные цели всего комплекса мероприятий, предусмотренных этой программой. Поэтому представляется целесообразным создание самостоятельного подразделения - Регионального центра формирования здорового образа жизни, который стал бы информационно-концептуальным ядром системы управления и совершенствования КЦП "Здоровье" города Ташкента.

П.4. Региональный центр формирования здорового образа жизни должен стать прежде всего идейным ядром спецификации программы, обеспечивающим уровень разработки поставленных проблем. Больше того, он должен быть самоорганизующимся и самосовершенствующимся научным объединением, состоящим из информационно-концептуального стержня-ствола и целой сети прилегающих к нему ветвей - временных творческих коллективов - целевых групп обеспечения реализации программных заданий. Тем самым структурно он будет напоминать дерево, ветви которого - творческие группы - опадают по мере решения поставленных перед целевыми группами задач.

П.5. На начальном этапе организации деятельность Регионального центра формирования здорового образа жизни предусматривает выполнение следующих функций: разработка методических мероприятий по преодолению формализма и децентрализации в управлении реализацией программы; корреляция мероприятий программы с учетом национальных традиций региона; разработка и совершенствование методоло-

гического уровня реализации задач программы, создание моделей образа жизни для различных профессиональных и возрастных групп населения; создание банка информации по проблеме "здоровый образ жизни" в регионе Средней Азии, включающем историческое, экологическое и методологическое отделения, который бы обеспечивал информационную базу КЦП; разработка программы обучения и подготовки врачей здоровья из сотрудников, вытесненных домами санитарного просвещения и СЭС; организация рекламы КЦП на телевидении, по радио и в местной печати, с целью привлечения широких слоев населения к участию в ее реализации. Создание Республиканского научного центра формирования здорового образа жизни должно явиться важным шагом в совершенствовании управления программой "здоровье", решающей предпосылкой реализации системно-регионального подхода к развитию здоровья населения Узбекистана.

III. Предложения по созданию западно-восточного "незримого колледжа".

III.6. Проблема повышения эффективности научных контактов между историками медицины различных стран может быть успешно решена путем объединения в ассоциация - "незримые колледжи" для решения конкретных научных задач. Новая парадигма истории медицины должна складываться из системы парадигм второго порядка, в рамках которых будут решаться фундаментальные вопросы культуры и науки, имеющие прямое отношение к развитию здоровья. Одной из первых должна быть осмыслена парадигма греко-арабской культуры и медицины - комплекс выдающихся идей о развитии духовного и физического здоровья. Ведь в ней по существу заложены основы современной цивилизации.

III.7. Цель "незримого колледжа" - органично трансформировать в современность энергию непреходящих идей греко-арабской культуры и медицины, этого удивительного "западно-восточного" синтеза. Следует отметить методологическую ценность этого определения - "западно-восточный", - которым Гете определил некое "высшее" единство народов мира. В этой связи уместно определить международный историко-медицинский незримый колледж как "западно-восточный".

III.8. Организация западно-восточного "незримого колледжа" уже на первом этапе работы предполагает: создание единого банка информации о наличии и степени изученности рукописного наследия греко-арабской медицины; разработку единых методологических принципов анализа текстов первоисточников; составление программы совместных

исследований наиболее перспективных направлений греко-арабской медицины, ее философской основы, большого опыта популяризации идей здорового образа жизни; наметить пути создания единой полиграфической базы, которая явится коммерческим центром ассоциации, обеспечит ее издательскую и финансовую независимость; четкой целенаправленной системы обмена специалистами. Важно подчеркнуть, что вся эта работа будет иметь решающее значение для деятельности Регионального центра формирования здорового образа жизни, в значительной степени определяя содержание и глубину спецификации программ развития здоровья. Из взаимодействия этих столь разных коммуникаций ученых может возникнуть по настоящему конструктивный, глубоко проникающий в современность синтез восточной мудрости и западного рационального знания.

ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКУ

I. Результаты внедрения в практику здравоохранения.

I.1. Разработаны и опубликованы - методические разработки и рекомендации к реализации комплексной целевой программы "Здоровье" города Ташкента на 1988-1990 годы и на период до 2000 года.- Ташкент, 1989.

I.2. Материалы исследования использованы Минздравом УзССР при составлении Комплексной целевой программы "Здоровье" на 1991-1995 годы и на период до 2000 года.

II. Результаты внедрения в практику пропаганды здорового образа жизни.

II.1. Научно-популярная монография - Этюды о здоровье: Ибн Сина и его античные предшественники /Под ред. Б.Д.Петрова.- Ташкент: Медицина УзССР, 1987.

II.2. Научно-популярная монография - Здоровый образ жизни: восточные традиции и современность.- Ташкент: Медицина УзССР, 1989.

II.3. Научно-популярный фильм - "Авиценна. Этюды о здоровье" (1989), который демонстрировался 5 раз по ЦТ и в кинотеатрах Узбекистана.

III. Результаты внедрения в практику преподавания.

III.1. История медицины Средней Азии:

- Из истории медицины Средней Азии (древний период) / Текст лекции.- Ташкент, 1984.

- Медицина эпохи восточного Возрождения и ее главные представители Ар-Рази (Равес) и Ибн Сина (Авиценна) // Методические раз-

работки.- Ташкент, 1986.

- История медицины Средней Азии (древность - средние века) // Методические разработки.- Ташкент, 1990.- (на узбекском языке).

- Основные этапы борьбы с краевой патологией Узбекистана // Методические разработки.- Ташкент, 1990.- (на узбекском языке).

- Исторический опыт создания системы охраны материнства и детства в Узбекистане // Методические разработки.- Ташкент, 1990.

Ш.2. История и теория санологии:

- Основные этапы биосоциальной адаптации в период первобытно-общинного строя // Текст лекции.- Ташкент, 1989.

- Основные медико-гигиенические системы античности // Текст лекции.- Ташкент, 1988.

- Пропаганда медицинских и гигиенических знаний по алиментарной профилактике неинфекционных заболеваний // методические разработки.- Ташкент, 1988.

Ш.3. Историко-географическая санология Средней Азии:

- Истоки традиционной гигиены питания народов Средней Азии / Текст лекции.- Ташкент, 1984.

- Общественно-историческая сущность земледельческого труда в регионе Средней Азии // Методические разработки.- Ташкент, 1989.

- Исторический опыт борьбы с пьянством в регионе Средней Азии с древнейших времен до начала XX века // Методические разработки.- Ташкент, 1990.

IV. Перечень актов внедрения результатов исследования в практику здравоохранения и преподавания.

IV.1. Акт внедрения, выданный Минздравом УзССР, об использовании материалов диссертации в составлении Комплексной целевой республиканской программы здоровья на 1991-1995 гг. и на период до 2000 г. (от 11.03.90 г., № 012-18/127).

IV.2. Акты о внедрении в учебный процесс курса истории медицины Центрального ордена Ленина института усовершенствования врачей от 04.04.90 г. на четыре методические разработки.

IV.3. Акты о внедрении в учебный процесс в Алма-Атинском институте усовершенствования врачей МЗ СССР от 01.01.88 г. на два методических пособия.

IV.4. Акты о внедрении в учебный процесс на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения Киминевского медицинского института от 25.12.89 г. на три методических пособия.

IV.5. Акты о внедрении в учебный процесс на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения Пермского государственного медицинского института (от 05.01.90 г.) на два учебных пособия и монографию.

IV.6. Акт о внедрении в учебный процесс на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения Челябинского медицинского института (от 03.06.90 г., № 515) на два учебных пособия и монографию.

IV.7. Акты о внедрении в учебный процесс на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения и кафедре философии Ташкентского медицинского института (от 21.03.84, 12.02.86, 16.01.88, 21.02.90) на пять учебных пособий.

ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ ОПУБЛИКОВАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ РАБОТЫ:

1. Этика врача восточного Возрождения // История врачебной деонтологии / Тез. докл. на V Симпозиуме по истории медицины СССР-ГДР, г.Лейпциг, 1-3 июня 1983 г. - М., 1983. - С. 23-25.

2. Традиционная медицина Средней Азии о социальной активности пожилых // Социально-философские и мировоззренческие проблемы здоровья человека / Тез. Всесоюз. конф., г.Львов, ноябрь, 1984 г. - М., 1984. - С. 76-79.

3. Истоки традиционной гигиены питания народов Средней Азии / Текст лекции. - Ташкент, 1984. - 22 с. (Соавт.).

4. Из истории медицины Средней Азии (древний период) / Текст лекции. - Ташкент, 1984. - 14 с. (Соавт.).

5. Медицина эпохи восточного Возрождения и ее главные представители Ар-Рази (Равес) и Ибн Сина (Авиценна) // Методические разработки. - Ташкент, 1986. - 19 с.

6. Начальные этапы формирования представлений о здоровом образе жизни (От Гипократа до Авиценны) // Развитие теоретических основ медицины / Тез. докл. на II Всесоюз. съезде историков медицины, г.Кобулета, 12-14 ноября, 1986 г. - М., 1986. - С. 84-85.

7. Системно-экологический подход к решению проблемы сохранения и развития здоровья на современном этапе НТП // Актуальные вопросы гигиены в условиях научно-технического прогресса / Тез. докл. на V съезде гигиенистов, сан.врачей, эпид., микробиол. и инфекц. Узбекистана, г.Ташкент, 27-28 августа 1987 г. - Ташкент, 1987. - С. 51.

8. Этюды о здоровье: Ибн Сина и его античные предшественники / Под ред. Б.Д.Петрова. - Ташкент: Медицина УзССР, 1987. - 136 с.

9. Основные медико-гигиенические системы античности // Текст лекции.- Ташкент, 1988.- 20 с.

10. Пропаганда медицинских и гигиенических знаний по алиментарной профилактике неинфекционных заболеваний // Методические разработки.- Ташкент, 1988.- 15 с. (Соавт.).

11. Системно-региональный подход к формированию здорового образа жизни // Вопросы социальной гигиены и организации здравоохранения в Узбекистане.- Ташкент, 1989.- С. 27-31.

12. Роль межэтнической интеграции в формировании здорового образа жизни в Узбекистане // Вопросы социальной гигиены и организации здравоохранения в Узбекистане.- Ташкент, 1989.- С. 31-35.

13. Основные этапы биосоциальной адаптации в период первобытно-общинного строя // Текст лекции.- Ташкент, 1989.- 21 с.

14. В.Н.Терновский и его вклад в историю медицины Узбекистана (к 100-летию со дня рождения) // Мед. журнал Узбекистана.- 1989.- № 2.- С. 74-77.

15. Вклад русских врачей в борьбу за здоровье матери и ребенка в Туркестанском крае // Сов. здравоохран.- 1989.- № 3.- С. 74-76. (Соавт.).

16. Системное моделирование в истории медицины (теория и практика преподавания) // Дунайский симпозиум по истории медицины, Видин-Силистра, 18-22 мая 1989 г. / Сб. тез.- София, 1989.- С. 65.

17. Этические представления Заратустры // Дунайский симпозиум по истории медицины, Видин-Силистра, 18-22 мая 1989 г. / Сб. тез.- София, 1989.- С. 66.

18. Дозированное лечебно-профилактическое голодание и традиции народов Средней Азии // Сб. науч. тр.- Ташкент, 1989.- С. 137-140.

19. Проблемы пропаганды здорового образа жизни на современном этапе // Сб. науч. тр.- Ташкент, 1989.- С. 153-156.

20. Социально-историческая сущность земледельческого труда в регионе Средней Азии // Методические разработки.- Ташкент, 1989.- 22 с.

21. Исторический подход к изучению механизмов развития здоровья // Мед. журн. Узбекистана.- 1989.- № 6.- С. 3-5.

22. Методические разработки и рекомендации к реализации Комплексной целевой программы "здоровье" города Ташкента на 1988-1990 года и на период до 2000 года.- Ташкент, 1989.- 52 с.

23. Здоровый образ жизни: восточные традиции и современность.- Ташкент: Медицина УзССР, 1989.- 120 с. (Соавт.).

24. Социальные революции и формирование новых направлений в медицинской науке (на примере возникновения парадигмы краевой медицины Узбекистана) // Революционные ситуации и развитие медицины и здравоохранения / Тез. докл. на УП Симпозиума по истории медицины СССР-ГДР, 11-13 октября, 1989 г., Рига.- М., 1989.- С. 60-61.

25. Ар-Рази (Разес) и его представления о роли питания в профилактике инфекционных заболеваний // Мед. журн. Узбекистана.- 1989.- № II.- С. 74-77.

26. Исторический опыт борьбы с пьянством в регионе Средней Азии с древнейших времен до начала XX века // Методические разработки.- Ташкент, 1990.- 30 с.

27. Западно-восточный "незримый колледж" (Проблема организации международных исследований литературных памятников греко-арабской медицины) // История медицины и медицинские музеи (Матер. Международного симпозиума, 14-16 марта 1990 г.- М., 1990.- С. 7.

28. История медицины Средней Азии (древность - средние века) // Методические разработки /.- Ташкент, 1990.- 18 с. (на узб. яз.). (Соавт.).

29. Основные этапы борьбы с краевой патологией Узбекистана // Методические разработки.- Ташкент, 1990.- 14 с. (на узб. яз.). (Соавт.).

30. Октябрьская социалистическая революция и формирование новых направлений в медицинской науке (на примере возникновения краевой медицины Узбекистана) // Мед. журн. Узбекистана.- 1990.- № 3.- С. 69-72.

31. Исторический опыт создания системы охраны материнства и детства в Узбекистане // Методические разработки.- Ташкент, 1990.- 22 с. (Соавт.).

32. Гундишапурская школа // Гигиена и санитария.- 1990.- № 10.- С. 87-89.

МАТЕРИАЛЫ ДИССЕРТАЦИИ ДОЛОЖЕНЫ И ОБСУЖДЕНЫ

1. На У Симпозиуме по истории медицины СССР-ГДР.- Лейпциг, 1983 г.

2. На Всесоюзной конференции "Социально-экономические проблемы здоровья человека".- Львов, 1984 г.

3. На VI Симпозиуме по истории медицины СССР-ГДР.- Бонн, 1985 г.

4. На III Всесоюзном съезде историков медицины.- Кобулета, 1986 г.

5. На V съезде гигиенистов, санитарных врачей, эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов Узбекистана.- Ташкент, 1987 г.

6. На Дунайском симпозиуме по истории медицины.- Видля-Силистра, 1989 г.

7. На VIII Симпозиуме по истории медицины СССР-ГДР.- Рига, 1989 г.

8. На Международном симпозиуме по истории медицины и музейному делу.- Москва, 1990 г.

9. На Пленуме Президиума Всесоюзного общества историков медицины.- Киев, 1990 г.

10. На научной конференции кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения II ТашГосМИ.- Ташкент, 1990 г.

11. На научной конференции отдела истории медицины и советского здравоохранения ВНИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им.Н.А.Семашко.- Москва, 1990 г.

4. На 5 Ученых съезде СССР по вопросам зоологии. - Москва, 1958 г.
5. На 9 съезде зоологов, санитарных врачей, энтомологов, микробиологов и эпизооцистов Узбекистана. - Ташкент, 1957 г.
6. На Ученых съезде по вопросам зоологии. - Узбек-Силистра, 1959 г.
7. На 14 Съезде ученых по вопросам зоологии СССР-УЗР. - Ташкент, 1959 г.
8. На Международном симпозиуме по вопросам зоологии и смежным наукам. - Москва, 1960 г.
9. На Пленуме Президиума Академии наук УзССР по вопросам зоологии. - Ташкент, 1960 г.
10. На научной конференции по вопросам зоологии.

Подписано в печать 5.02.91

Формат 60x84^I/16. Тираж 100. Заказ 3410. Объем 2,0. 9 рис. 2 табл.

Типография № 3 ТМЮ "Китоб" г.Ташкент
массив Юнусабд, ул.Мурадова, 1

