

ВЕСТНИК ГОМЕОПАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

№1 / 2005

Издатель: Ассоциация гомеопатов Украины
Publisher: Ukrainian Homeopathic Association

© перепечатка в любом виде, в том числе в переводе на другие языки, возможна только с письменного согласия издателя.

No part of this publication may be reproduced or transmitted into any language in any form without written permission of the publisher.

Главный редактор:

Антон Владимирович Попов
к.м.н., председатель правления
Ассоциации гомеопатов Украины

Редакционная коллегия:

Татьяна Демьяновна Попова
Заслуженный врач Украины
Зоя Николаевна Дергачева
к.м.н., исполнительный директор
Ассоциации гомеопатов Украины
Григорий Геннадиевич Симоненко
к.м.н. (Национальный медицинский
Университет им. акад. А.А. Богомольца)

Ирина Анатольевна Позмогова
к.м.н., ведущий специалист
фирмы «Гомеопатия от Поповых»

Виктор Александрович Тарасюк
врач-гомеопат, Винница

Александр Петрович Богачук
врач-гомеопат (Центр гомеопатии
им. Д. Попова, Киев)

Компьютерный дизайн и верстка:
Анатолий Васильевич Куров

Chief-editor:

MD Anton Popov
President of Ukraine
Homeopathic Association

Editorial board:

MD Tatjana Popova

MD Zoja Dergachova
Director of Ukraine
Homeopathic Association

MD Grigory Simonenko
National Medical
University

MD Irina Pozmogova

MD Victor Tarasjuk

MD Alexander Bogachuk
Center of Homeopathy,
Kiev

Computer design
Anatoly Kurov

+380-44-587-99-75;

+380-67-399-20-21;

valenti@ehl.kiev.ua

znd@gala.net

*Ассоциация гомеопатов
Украины:
Украина, 01032, Киев-32, а/я 176*

*Ukrainian Homeopathic Association
post box 176, Kiev-32, 01032,
Ukraine*

Посвящается памяти основателя
Киевской Гомеопатической Школы

Демьяна Владимировича Попова

Dedicated for founder
Kiev's Homeopathic School
DR Demjan Popov

РЕДАКЦИОННЫЙ РАЗДЕЛ

ОТ РЕДАКЦИИ

Дорогие читатели!

В этом году совпали две замечательные и памятные даты для украинской гомеопатии – юбилей С. Ганемана и год рождения Киевской Гомеопатической Школы. И если основателю гомеопатии исполняется 250, та «наша цифра» намного скромнее – 70 лет. При огромном различии этих времен и эпох, напрашиваются определенные исторические параллели. История дама капризная, но справедливая. Презрительное отношение к ней порождает ситуацию, о которой лучше всех выразился Эндрю Сенн: «когда слепой ведет слепых».

О том, скольких «преобразователей и толкователей» пережила ганемановская гомеопатия известно теперь уже многим. В определенной степени это касается и ситуации с Киевской Гомеопатической Школой, которая имеет четкую теоретическую базу и опирается на огромный клинический опыт. Бездумное переписывание Material Medica, отсутствие четких приоритетов, и широкой клинической практики – вот «симптомы болезни», поразившей многих, так называемых «гомеопатических лидеров» постсоветского пространства. К этому следует добавить желание перенять европейский опыт и представить его в виде модели для украинского гомеопатического сообщества, Этот опыт привел гомеопатию Европы в подавляющем большинстве случаев к положению парамедицины, а гомеопатические лекарства либо к уравниванию с пищевыми добавками, либо к полулегальному положению.

Не обладая претензией на исключительность, будем помнить, откуда мы родом. Постараемся сохранить разнообразие мнений, подходов, клинического опыта, наладить дружбу и сотрудничество со всеми, кто помнит свою родословную. Благодарю за сотрудничество наших авторов, с искренним уважением к разнообразию их взглядов.

Главный редактор

А. Попов

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ДИСКУССИИ

ШТАМПЫ В ГОМЕОПАТИИ ИЛИ НЕОЖИДАННЫЕ ЛЕКАРСТВА

З.Н. Дергачева
г. Киев

Одна из самых больших трудностей гомеопатической медицины – это преодоление нозологического мышления у врача, использующего динамизированные лекарственные средства. Высокой эффективности от гомеопатических назначений можно ожидать лишь при условии назначения лекарств по законам гомеопатии.

Гомеопатия – метод лечения по закону подобия. Лечение происходит странным образом – в организм вводится искусственная болезнь. Весь смысл гомеопатического назначения – ввести искусственную болезнь наиболее подобную той, что уже есть в организме.

Два ключевых слова гомеопатической доктрины - это ПОДОБИЕ и СОВОКУПНОСТЬ.

Подобие – это полное сходство симптомов пациента и симптомов отравления веществом, полученных при испытаниях на здоровых людях и описанных в виде патогенезов лекарств. Совокупность симптомов – является краеугольным камнем, отражающим гомеопатическое понятие болезни.

Если нам удастся научиться назначать лекарства по совокупности симптомов, то мы сможем чаще избегать горечи от врачебных неудач.

Немного остановлюсь на некоторых способах гомеопатических назначений наиболее популярных в нашей среде.

КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ – назначение гомеопатических лекарств на основании врачебной оценки темперамента, черт характера, типа реагирования и внешнего вида человека.

ТИПАЖНЫЙ (близкий к конституциональному) – назначение гомеопатических лекарств с учетом лекарственного типа: внешних данных и поведенческих реакций в разных ситуациях. Основывается на хорошем запоминании лекарственных портретов. Педиатрия и ветеринария – сферы, где без применения этого способа назначений не обойтись.

ИНТУИТИВНЫЙ - требует великолепного знания конституциональных средств и поведенческих реакций различных типов, на которых основана "гомеопатическая интуиция". Для овладения им необходим колоссальный практический опыт и энциклопедическое знание патогенезов.

ПО МИАЗМАМ И ДИАТЕЗАМ – назначение гомеопатических средств с учетом признаков миазматической отягощенности и диатезов. Этот способ очень близок к нозологическому, только в основу берутся знания о хронических миазматических болезнях (псора, сикоз, сифилис, туберкулинизм).

ПО ИСПЫТАННЫМ ПОКАЗАНИЯМ – назначение гомеопатических лекарств на основании проверенных наработок. Именно по этому методу назначаются так называемые органотропные средства.

ПО КЛЮЧЕВЫМ СИМПТОМАМ – назначение гомеопатического лекарства на основании знания нескольких самых главных признаков из патогенеза.

НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ – назначение гомеопатических средств по клинической картине или диагнозу – вполне уместен при лечении острой патологии. Используется при применении комплексов.

ПО ЭТИОЛОГИИ – назначение лекарств в связи с выявленными этиологическими факторами – травма, горе, роды и т.д.

ПО НАДУМАННЫМ СХЕМАМ – каждое десятилетие, начиная со времен Ганемана, находились люди, которые формально считали себя гомеопатами, но в своих рассуждениях искажали его учение. Ни одна из схем не выдержала проверку временем. Где начинаются схемы, умирает гомеопатия как врачебное искусство.

Если обратимся к мнению Ганемана, то поймем, что лишь совокупность симптомов является показанием для подбора лекарства: «Из той несомненной истины, что кроме совокупности всех симптомов и сопутствующих модальностей невозможно никакими средствами выделить в болезни ничего другого кроме совокупности всех симптомов, которая должна быть единственным показанием, единственным ориентиром при выборе лекарства».

По совету Учителя, мы должны тщательно проанализировать все симптомы, основываясь на индивидуальности пациента. В «Органоне» Ганеман так пишет о совокупности: «Совокупность - это учет всех, без исключения, симптомов в каждом конкретном случае». «Полная, исчерпывающая характеристика случая». «Развернутая картина жизнедеятельности индивидуума». «Понимание сущности конкретного случая».

Без анализа совокупности симптомов назначение лекарств становится похожим на гадание.

В качестве иллюстрации приведу историю пациентки, когда меня само удивило назначенное лекарство. В истории болезни в скобках указаны выдержки из патогенеза одного гомеопатического средства по данным разных авторов.

Назначения возникли в результате анализа совокупности симптомов при помощи компьютерной реперторизации с помощью профессиональной программы И.В. Тимошенко «Гомеопат классик».

На прием по настоятельному совету своей матери - моей пациентки, 21.10.2003 обратилась молодая женщина 26 лет.

Вошла в кабинет со словами о полной уверенности в безуспешности нашего лечения.

(В. Берике - неверие в излечение; Д. Кларк – уверен, что болезнь его неизлечима).

Жалобы на сильные сжимающие боли в обеих молочных железах, при нечаянных прикосновениях, ночью при повороте в постели кричит от боли.

(В. Берике, Д. Кларк - кричит от боли).

Боли хуже при ходьбе, беге, движении. Возникают за 12 дней до менструации, максимально нарастают накануне, прекращаются в первый день регул.

Частые сдавливающие боли за грудиной.

(Д. Гибсон - наиболее характерным является ощущение сдавления, общего или местного).

Сердцебиения особенно в покое, лежа и перед менструацией. Курит с 12 лет.

(Из программы «Гомеопат классик – этиология - отравление никотином, В. Берике - "Сердце курильщика"; сильное сердцебиение, усиливающееся при лежании на левом боку и перед менструацией).

Периодические обмороки.

(Д. Гибсон – врач может застать пациента, которому требуется это лекарство, бледным, без пульса, часто дышащего и в состоянии прострации).

Перед обмороком « в голове что-то шипит и булькает, как кипит».

(И. Тимошенко – чувство кипение крови в голове).

Анамнез заболевания.

Впервые сердечные жалобы с обмороками возникли в 18 лет летом во время отдыха на море после длительного пребывания на солнце и переживаний девичьего характера.

(Д. Кларк – этиология – солнце, влажность, несчастная любовь).

Тогда был выставлен диагноз вегето-сосудистой дистонии по гипотоническому типу.

(В. Берике - низкое кровяное давление).

В этот период принимала оральные контрацептивы.

В 20 лет впервые жалобы на боли в молочных железах возникли летом на море. Была обследована, выявлен повышенный пролактин, выставлен диагноз: мастопатия.

(Д. Кларк – Опухоли и воспаления молочных желез).

Получала парлодел. 5 лет боли в молочных железах были незначительными. Боли вновь усилились 2 месяца назад после летнего отпуска на море.

УЗИ молочных желез от 1.10.03 - в верхнем наружном квадранте справа – фиброзное образование до 14 мм в диаметре. Консультация маммолога - фиброаденома правой молочной железы.

Анамнез жизни.

Единственная в семье, родилась от нормально протекавшей беременности, доношенной.

До 3 лет не болела, затем до 10-12 лет частые ангины, ОРВИ.

В детстве в транспорте часто была тошнота.

13 лет – психотравма в связи с разводом родителей.

15 лет - гепатит А.

18 лет – тяжелая ветряная оспа.

18 лет – ВСД по гипотоническому типу.

20 лет – мастопатия.

21 год – аппендэктомия.

В 21 год во время беременности - тромбоцитопеническая пурпура. Лечение не проводилось, родила самостоятельно, после родов тромбоциты нормализовались.

(Д. Гибсон, Д.Кларк - имеется тенденция к кровоточивости).

Психизм:

По характеру - задумчиво-мрачная.

Не дисциплинированная, всюду опаздывает.

Молчаливая. Не любит говорить по телефону.

Любит одиночество.

Не выносит утешений.

(В. Берике – меланхоличный, молчаливый, грустный, дурное настроение. Тоска, грусть, меланхолия;

Д. Гибсон – больной обычно печальный, застенчивый, ипохондричный, ищущий одиночества, ему хуже, когда его утешают; Д.Кларк – тоска и плохое настроение, молчаливость, меланхолия, ипохондрия. Кричит от боли).

Нуждается в длительном сне не менее 12 час.

Сны - гонятся черные свиньи.

(В. Берике – устрашающие сновидения)

Страхи – смерти, тяжелой неизлечимой болезни.

(В. Берике - страх смерти и отчаяние оттого, что не выздоровеет).

Сосала пальцы с рождения.

Грызет ногти.

Общие симптомы.

Зябкая. Очень мерзнут руки.

(В. Берике – кисти рук ледяные).

Кожа бледная.

Есть бородавка на ладони – широкая. Много родинок и гемангиом.

(Из программы «Гомеопат классик» – конституция – фосфорическая, миазм – сикоз).

Аппетит низкий, понимает, что нужно поест, если болит голова или урчит живот.

(В. Берике - головные боли, если не поест вовремя).

Зубы - после родов отваливаются куски эмали.

Менструации с 14 лет, до 21 лет до родов обильные 7 дней, сейчас 4-5 дней, регулярные, цикл 28-30 дней. Бывают проявления вагинизма.

(Д.Кент – ощутимые сокращения отмечаются в органах трубчатого и канальцевого строения. Сжатия могут возникать как в горле, так и в пищеводе, вызывая его спазм; во влагалище, провоцируя вагинизм и делая невозможным половой акт).

Либи́до умеренное со склонностью к снижению.

Во время менструаций бывают носовые кровотечения.

(В. Берике - носовые кровотечения).

2 аборт, 1 роды, до 4 месяцев беременности выраженная тошнота и рвота, слабость, угроза прерывания в 36 недель с кровотечением, роды самостоятельные в срок, стимуляция, кровотечение в III периоде родов.

Пристрастия и отвращения: любит творог, молоко, тыквенную кашу, салаты, каши.

Не любит – рис, мясо ест 1-2 раза в месяц.

Нравится запах краски, ацетона.

Модальности: хуже перед менструацией, от утешения, на солнце.

Лучше – во время менструаций.

Семейный анамнез:

Мать- мастопатия, фибромиома, ЧДБ.

Отец- полиноз, ЖКБ, удален желчный пузырь, артрит правого колена.

Бабушки - туберкулез, ИБС, гипертоническая болезнь, инсульт, катаракта, тромбофлебит, фибромиома.

Дедушки - туберкулез почки, гастрит со сниженной секрецией, ИБС, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, рак желудка.

(Из программы «Гомеопат классик» - нозология - стенокардия, кардиалгия, грудная жаба, гипертония, сосудистая дистония, гипотония, инсульт, сердце курильщика, приливы в климаксе, дисменорея, кровотечение из носа, метроррагии).

Почти все эти диагнозы есть либо у нашей пациентки, либо в ее семейном анамнезе.

В реперторизацию взято 38 симптомов, а в качестве индивидуальных – «кипение в голове» и «пристрастие опаздывать».

Вышло лекарство – **Cactus grandiflorus** (Selenicus grandiflorus) - кактус цереус, цереус крупноцветковый, царица ночи, беспокой, селеницереус крупноцветный, был введен в гомеопатию итальянским доктором Рубини.

Назначения: кактус (LM 1) 1 крупинка на 300 мл воды, 1 встряхивание, 1 чайная ложка из 1-го стакана 3 раза в день.

18.11.03 - Молочные железы не болели, пропустила начало менструации.

Сердцу легче.

Назначения: кактус (LM 1) 1 крупинка на 300 мл воды,

1 встряхивание, 1 чайная ложка из 1-го стакана 2 раза в день.

15.12.03 - Молочные железы за 1 неделю до менструации стали болеть, но слабее, чем обычно.

Назначения: кактус (LM 1) 1 крупинка на 300 мл воды,

2 встряхивания, 1 чайная ложка из 2-го стакана 2 раза в день.

12.01.04 - 1 день в декабре немного беспокоили молочные железы.

Назначения: то же.

2.02.04 - Жалоб нет. Назначения: то же.

1.03.04 – Последний месяц беспокоит только правая молочная железа, раньше болели обе.

Назначения: кактус LM 2 1 крупинка на 300 мл воды,

1 встряхивание, 1 чайная ложка из 1-го стакана 2 раза в день.

22.03.04 - На 6 дней раньше пришли менструации, грудь не болела, но чувствовалась. Был герпес на губе, быстро прошел. Исчезла бородавка.

Назначения: кактус LM 2 1 крупинка на 300 мл воды,

2 встряхивание, 1 чайная ложка из базового раствора 2 раза в день.

3.08.04 4 месяца принимала лекарство по последнему назначению. На прием не приходила из-за командировок, получила повышение по работе. Стала более собранная, практически не опаздывает. Сердце не беспокоило, обмороков не было. Носовые кровотечения не повторялись. Наметилась личная жизнь. Грудь не беспокоит.

На УЗИ от 2.08.04 – узлового образования в правой молочной железе нет. Умеренный фиброз в обеих молочных железах. Консультация маммолога – в наблюдении не нуждается.

Выводы:

1. Назначение гомеопатических лекарств по подобию и совокупности симптомов позволяет подобрать одно гомеопатическое средство для лечения всех заболеваний организма.
2. Применение компьютерных программ, использование большого количества «Материй медика» и реперториумов позволяет отточить и проверить назначения.
3. Использование водных растворов лекарств, приготовленных по LM шкале, позволяет избегать или значительно смягчать лекарственные обострения.
4. Длительное назначение одного тщательно выбранного лекарства по законам классической гомеопатии позволяет получать хорошие результаты.

Классическая гомеопатия предъявляет врачу повышенные требования.

Начиная работать с новым пациентом, начните с чистого листа, ищите симптомы, это самая трудная часть нашей работы. Без полноты случая и анализа индивидуальных проявлений не будет и нормального результата

А штампы (даже гомеопатические) очень мешают творчеству и непредвзятости.

Литература:

1. Берике В. *Materia medica* гомеопатических препаратов. - «Гомеопатическая медицина», Смоленск, 1997.
2. Гибсон Д. Очерки по гомеопатической *Materia Medica* (компьютерная версия).
3. Кент Д.Т. Лекции по гомеопатической *Materia medica* с «новыми лекарственными препаратами» в двух томах. - «Гомеопатическая медицина», Москва, 1999.
4. Кларк Д.Г. Словарь практической *Materia medica* в шести томах. - «Гомеопатическая медицина», Москва, 2000.
5. Тимошенко И.В. *Materia medica* ситуаций. - «Гомеопатическая медицина», Москва, 2000.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ ЖОВТЯНИЦІ
ДІТЕЙ ВАКЦИНОВАНИХ ПРОТИ ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ ПРЕПАРАТОМ «ШАУВАК»

Ходькова Л.Ю.

Вінницький медичний коледж ім. акад. Д.К.Заболотного

Гіпербілірубінемія та жовтяниця, що її супроводжує, є найчастішими симптомами захворювань новонароджених дітей.

Стан гіпербілірубінемії супроводжується цитотоксичною дією незв'язаного білірубіну, і у разі значного підвищення його рівня може з'явитися небезпека ураження низки органів та систем немовляти, а також ускладнень з боку ЦНС.

Головним джерелом білірубіну в новонароджених немовлят, як і в дорослих осіб, є гемоглобін зруйнованих еритроцитів.

Скорочення життя еритроцитів крові новонароджених дітей особливо помітне на 1-му тижні життя (фізіологічний гемоліз). Цей стан пов'язаний з підвищенням активності деяких ферментів гліколізу (АТФ-ази, гексокінази, глюкозо-6-фосфатдегідрогенази тощо), а також енергетичним дефіцитом еритроцитів.

Класифікація жовтяниці новонароджених дітей.

I. Кон'югаційна жовтяниця

1. Фізіологічна жовтяниця.
2. Жовтяниця недоношених новонароджених дітей.
3. Спадкова жовтяниця:
 - а) синдром Криглера - Найяра,
 - б) синдром Люцея - Дрискола.
4. Жовтяниця у дітей, котрі перебувають на грудному вигодовуванні:
 - а) прегнанова жовтяниця, або синдром Арієса,
 - б) жовтяниця за наявності значної кількості НЕЖК.
5. Жовтяниця у дітей з асфіксією.
6. Медикаментозна жовтяниця.
7. Жовтяниця у дітей з ендокринною патологією.

II. Гемолітична жовтяниця.

III. Механічна, або obturаційна, жовтяниця.

IV. Паренхіматозна жовтяниця.

Щодо кон'югаційної жовтяниці, то найчастіше зустрічаються фізіологічна жовтяниця та жовтяниця недоношених дітей.

Основними диференціальними симптомами цієї жовтяниці є такі:

- 1) наявність вільного білірубіну в плазмі крові;
- 2) нормальний вміст гемоглобіну і еритроцитів відповідно до віку немовляти;
- 3) незначне збільшення печінки та селезінки;
- 4) відсутність зміни кольору калу та сечі;
- 5) відсутність імунологічного конфлікту.

Фізіологічна жовтяниця пов'язана з транзиторним дефіцитом ензимів печінки, збільшеним надходженням білірубіну з кишок.

Фізіологічна жовтяниця у доношених немовлят з'являється найчастіше на 2-3-й день життя і триває до 6-8-го дня. Загальний стан дитини залишається нормальним. Концентрація вільного білірубіну в плазмі крові має такі відхилення: 1-ша доба - 56-68 мкмоль/л, 2-га -3-тя доба - 102-130 мкмоль/л, 4-та - 7-ма доба - 138-170 мкмоль/л. Інколи помітне її підвищення до 206-250 мкмоль/л.

Гіпербілірубінемія новонароджених - стан підвищення вмісту білірубіну як прямого (зв'язаний, білірубінглюкуронід), так і непрямого (вільний білірубін) в крові. Розрізняють 2 види: вільна (некон'югована) - патологічна і фізіологічна, зв'язана (кольюгована) - завжди патологічна жовтяниця.

Вивчались історії розвитку однорідної групи новонароджених дітей в 2-му міському пологовому будинку м. Вінниці, які перенесли жовтяницю, за виключенням гемолітичної хвороби новонароджених.

Було досліджено 32 історії дітей, які народились з січня по квітень 2005 року в 2-му міському пологовому будинку м. Вінниці і перенесли жовтяницю. Загальна кількість новонароджених за цей період 560 (кількість дітей з жовтяницею 57%₀).

Вивчали дві групи дітей: перша 12 чоловік, яким проводилась вакцинація проти вірусного гепатиту у перший день життя. Друга група - контрольна 20 дітей, яким не проводилась вакцинація проти вірусного гепатиту. Студенти провели порівняльну характеристику цих груп.

В першій з 12 вакцинованих дітей, у 11 (91%) спостерігалось інтенсивне жовте забарвлення шкіри, слизових оболонок, рівень білірубину на 4-6 день сягав патологічного рівня - 260-342 мкмоль/л, тільки в однієї дитини був нижчим - 192 мкмоль/л.

В контрольній групі (20 чол.) вакцинація не проводилась. У 17 (85%) дітей відмічалось помірне жовте забарвлення шкіри, а рівень білірубину відповідав фізіологічній жовтяниці (до 255 мкмоль/л), на 3-5 день життя, загальний стан був задовільний, покращувався до кінця першого тижня. 15 чоловік виписано додому на 7-9 день життя, а двоє переведено у відділення виходжування недоношених дитячої обласної лікарні. Тільки у трьох (15%) з 20 невакцинованих дітей (в контрольній групі) рівень білірубину сягав 276-301 мкмоль/л (в анамнезі у вагітних спостерігався ранній токсикоз, фето - плацентарна недостатність, загроза переривання вагітності).

Висновки: отже, існує пряма залежність між проведенням специфічної профілактики вірусного гепатиту препаратом „Шаувак” (в основній групі 12 дітей) і високим рівнем (260-342 мкмоль/л) білірубину крові в 91%. В контрольній групі (20 дітей), де не проводилась вакцинація рівень білірубину не виходив за межі фізіологічного зростання у 85% дітей.

Література:

1. „Дитячі хвороби”, С.К.Ткаченко
2. „Медицина дитинства”, т. I, під ред. Мощича, с.429-448
3. „Педиатрия” под ред. Н.Н. Володина (руководство для врачей, пер. с английского)

Ходькова Людмила Юріївна

Порівняльна характеристика

перебігу жовтяниці новонароджених дітей вакцинованих проти вірусного гепатиту препаратом „Шаувак”

Вінницький медичний коледж ім. акад. Д.К.Заболотного, викладач педіатрії.

В 2004 р. закінчила курси гомеопатії.

м. Вінниця, вул. Гл.Успенського, буд. 67, кв. 3

Гіпербілірубінемія та жовтяниця, що її супроводжує, є найчастішими симптомами захворювань новонароджених дітей.

Стан гіпербілірубінемії супроводжується цитотоксичною дією незв'язаного білірубину, і у разі значного підвищення його рівня може з'явитися небезпека ураження низки органів та систем немовляти, а також ускладнень з боку ЦНС.

Головним джерелом білірубину в новонароджених немовлят, як і в дорослих осіб, є гемоглобін зруйнованих еритроцитів.

Скорочення життя еритроцитів крові новонароджених дітей особливо помітне на 1-му тижні життя (фізіологічний гемоліз). Цей стан пов'язаний з підвищенням активності деяких ферментів гліколізу (АТФ-ази, гексокінази, глюкозо-6-фосфатдегідрогенази тощо), а також енергетичним дефіцитом еритроцитів.

Класифікація жовтяниці новонароджених дітей.

I. Кон'югаційна жовтяниця

1. Фізіологічна жовтяниця.
2. Жовтяниця недоношених новонароджених дітей.
3. Спадкова жовтяниця:
 - а) синдром Криглера - Найяра,
 - б) синдром Люцея - Дрискола.

4. Жовтяниця у дітей, котрі перебувають на грудному вигодовуванні:

- а) прегнанова жовтяниця, або синдром Аріеса,
- б) жовтяниця за наявності значної кількості НЕЖК.

5. Жовтяниця у дітей з асфіксією.

6. Медикаментозна жовтяниця.

7. Жовтяниця у дітей з ендокринною патологією.

II. Гемолітична жовтяниця.

III. Механічна, або обтураційна, жовтяниця.

IV. Паренхіматозна жовтяниця.

Щодо кон'югаційної жовтяниці, то найчастіше зустрічаються фізіологічна жовтяниця та жовтяниця недоношених дітей.

Основними диференціальними симптомами цієї жовтяниці є такі:

- 1) наявність вільного білірубину в плазмі крові;
- 2) нормальний вміст гемоглобіну і еритроцитів відповідно до віку немовляти;
- 3) незначне збільшення печінки та селезінки;
- 4) відсутність зміни кольору калу та сечі;
- 5) відсутність імунологічного конфлікту.

Фізіологічна жовтяниця пов'язана з транзиторним дефіцитом ензимів печінки, збільшеним надходженням білірубину з кишок.

Фізіологічна жовтяниця у доношених немовлят з'являється найчастіше на 2-3-й день життя і триває до 6-8-го дня. Загальний стан дитини залишається нормальним. Концентрація вільного білірубину в плазмі крові має такі відхилення: 1-ша доба - 56-68 мкмоль/л, 2-га -3-тя доба - 102-130 мкмоль/л, 4-та - 7-ма доба - 138-170 мкмоль/л. Інколи помітне її підвищення до 206-250 мкмоль/л.

Гіпербілірубінемія новонароджених - стан підвищення вмісту білірубину як прямого (зв'язаний, білірубінглюкуронід), так і непрямого (вільний білірубін) в крові. Розрізняють 2 види: вільна (неконьюгована) - патологічна і фізіологічна, зв'язана (кьюгована) - завжди патологічна жовтяниця.

Вивчалися історії розвитку однорідної групи новонароджених дітей в 2-му міському пологовому будинку м. Вінниці, які перенесли жовтяницю, за виключенням гемолітичної хвороби новонароджених.

Було досліджено 32 історії дітей, які народились з січня по квітень 2005 року в 2-му міському пологовому будинку м. Вінниці і перенесли жовтяницю. Загальна кількість новонароджених за цей період 560 (кількість дітей з жовтяницею 57%₀).

Вивчали дві групи дітей: перша 12 чоловік, яким проводилась вакцинація проти вірусного гепатиту у перший день життя. Друга група - контрольна 20 дітей, яким не проводилась вакцинація проти вірусного гепатиту. Студенти провели порівняльну характеристику цих груп.

В першій з 12 вакцинованих дітей, у 11 (91%) спостерігалось інтенсивне жовте забарвлення шкіри, слизових оболонок, рівень білірубину на 4-6 день сягав патологічного рівня - 260-342 мкмоль/л, тільки в одній дитині був нижчим - 192 мкмоль/л.

В контрольній групі (20 чол.) вакцинація не проводилась. У 17 (85%) дітей відмічалось помірне жовте забарвлення шкіри, а рівень білірубину відповідав фізіологічній жовтяниці (до 255 мкмоль/л), на 3-5 день життя, загальний стан був задовільний, покращувався до кінця першого тижня. 15 чоловік виписано додому на 7-9 день життя, а двоє переведено у відділення виходжування недоношених дитячої обласної лікарні. Тільки у трьох (15%) з 20 невакцинованих дітей (в контрольній групі) рівень білірубину сягав 276-301 мкмоль/л (в анамнезі у вагітних спостерігався ранній токсикоз, фето - плацентарна недостатність, загроза переривання вагітності).

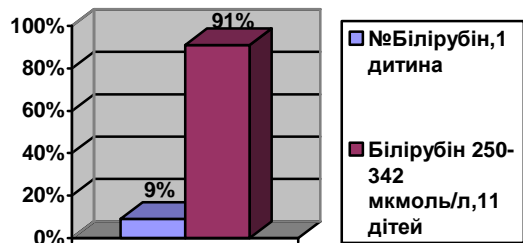
Висновки: отже, існує пряма залежність між проведенням специфічної профілактики вірусного гепатиту препаратом „Шаувак” (в основній групі 12 дітей) і високим рівнем (260-342 мкмоль/л) білірубину крові в 91%. В контрольній групі (20 дітей), де не проводилась вакцинація рівень білірубину не виходив за межі фізіологічного зростання у 85% дітей.

Література:

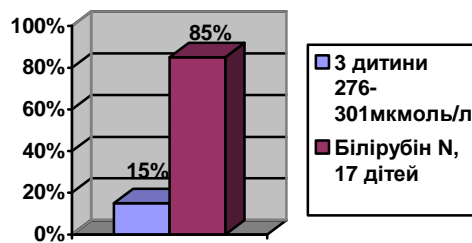
1. „Дитячі хвороби”, С.К.Ткаченко
2. „Медицина дитинства”, т. I, під ред. Мощича, с.429-448
3. „Педиатрія” под ред. Н.Н. Володина (руководство для врачей, пер. с английского)

Порівняльна характеристика жовтяниці вакцинованих та невакцинованих дітей.

Вакциновані діти



Невакциновані діти



МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ ГОМЕОПАТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВ

Г. Журж

Одна из основных проблем для полного восприятия гомеопатии это то, что бесконечно делимые (уменьшенные) гомеопатические дозы не сохраняют дальше, чем 12 центимальная доза ни одной молекулы из изначального вещества. Поэтому они в научном мире называются ультрамолекулярными дозами. Проблема, которую ставит гомеопатия, одна из самых провокационных для всего современного мышления: как возможно чтобы вещества, разбавленные до ультрамолекулярного состояния имели бы эффекты, если такое разбавление уже не сохраняет с точки зрения химии ничего кроме растворителя? И хотя клинические результаты демонстрируют, что гомеопатические средства имеют эффект на живые организмы, с точки зрения теории эти явления почти необъяснимы. Пока что эта проблема представляет собой самую важную концептуальную преграду для признания гомеопатии, и ее разрешение, возможно, приведет к изменению биологической и медицинской современной парадигмы.

Для того чтобы преодолеть это препятствие было предложено много теорий. Чаще всего предлагается теория памяти воды, которая, якобы, при помощи сложных взаимодействий между молекулами растворителя и растворяемого вещества, во время последующих разведений сохраняет информацию о растворенном веществе. Гомеопатические средства это не только растворяемые вещества, при каждом разведении растворитель сохраняет информацию, которая вновь и вновь усиливается, таким образом, изначальная информация повторяется. Во время встряхивания молекулы средства входят в контакт и «записывают в память информацию» обо всех молекулах растворителя, таким образом, каждая из них, при новой интенсификации берет на себя роль передающего первичную информацию. Но даже и так, астрономические разведения, с которыми работает гомеопатия проблематичны, потому что

после 80-го центимального деления, превышает отсчитанное число атомов во всей вселенной (анекдотично, разведение 6С представляет собой каплю вещества в 20 бассейнах. При 12С – одну каплю в Атлантическом Океане, при 15С – каплю во всемирном океане...).

В 1988 году, в престижнейшем журнале Nature появился отчет о целой серии экспериментов, которые привели к эйфории во всем гомеопатическом мире и которые доказывали что ультрамолекулярные разведения сыворотки против IgE могут привести к дегрануляции базофилов. После экзальтации последовало разочарование: два независимых исследования доказали, что эти эксперименты в методе Бенвениста были невозпроизводимыми, это бросило тень на гомеопатические исследования *in vitro*. Часть из бывших сотрудников Бенвениста, Филипп Белон, Директор по исследованию в лабораториях Буарон, Жан Сент-Леди из лабораторий CERVA во Франции: автор одной из двух отрицательных работ Fred Wiegant (Университет из Utrecht, Голландия) и другие независимые исследователи Madeleine Ennis (Королевский Университет из Белфаста), PF Mannaloni (Университет из Флоренции, Италия), Marcel Roberfroid, Jean Cumps (Католический Университет Лувена, Бельгия) продолжили исследования. В 4 независимых лабораториях они так же использовали тест дегрануляции базофилов, но вместо того чтобы использовать разведенные вещества сыворотки анти-IgE, они измеряли торможение (задержку) дегрануляции от высоких разведений гистамина, от С15 до С19. Результаты тех 772 проб были статистически изучены бельгийской группой, и результаты статистически были внушительными ($p < 0,0001$) в пользу того что разведенные вещества гистамина ещё сохраняют эффект задержки дегрануляции. Та же группа ученых объявила о продолжении экспериментов при использовании новой методологии, цитометрия в потоке. Результаты доказывают то, что водяные разведения сохраняют память растворяемого вещества.

Самое последовательное описание информационного явления относительно памяти воды – это «теория кластеров», идея, развитая в условной химической науке. Кластер - это структура водных молекул, которые формируются вокруг

растворяемой молекулы и которая держится вместе как стабильная сущность через водородные мостики. Исследователи доказали, что когда центральная растворяемая молекула разделяется на составляющие части как это случается при сильном взбалтывании (колебании) веществ повторяющимися встряхиваниями - она освобождается и создает модель (шаблон) для новой молекулы кластера. Встряхивание и серийное растворение, как это бывает при производстве гомеопатических средств, могут привести к тому, что получается вещество богатое кластерами, которые находятся в прямой связи с веществом, которое было растворено в начале, если даже не существуют молекулы первоначального вещества.

Существуют доказательства, что гомеопатические средства содержат кластеры. Установлено, что потенцирование действует на скорость распространения или же поглощения ультразвуков в воде (эффект предсказанный моделью кластеров). При спектроскопии посредством атомно-магнитного резонанса, средства *Silicea* было установлено отличие от воды, что показывает взаимодействие с водородными соединениями. Самое прямое проявление модели кластеров было представлено *Anagnostatos et al*, которые использовали в качестве метода измерения течения деполяризации некоторых растворов *Chamomilla*. Кривая деполяризации для *Chamomilla 30C*, была отмечена как посредническая между раствором-матерью *Chamomilla* (в которой многие молекулы воды связаны с молекулой *Chamomilla*), и с водной молекулой, что подсказывает что гомеопатический препарат содержит больше молекул воды с ограниченным движением, то есть кластеров больше чем воды, но меньше чем в материнском растворе. Другая серия экспериментов под руководством той же группы использовала дифференциальное калориметрическое сканирование (DSC) которое измеряет количество энергии, которая поглощается или высвобождается из раствора при охлаждении или прогревании. Измеряли это DSC для материнского раствора в разведениях 1C, 6C и 30C. Четыре гомеопатические разведения продемонстрировали четыре различных графика, эффект который не наблюдался у воды или у раствора. Больше того, графики DSC продемонстрировали то, что *Anagnostatos* называл

«Изменение фазы»: при 35 градусах С форма графика не колебалась, а превратилось в прямую линию, что соответствовало разрушению кластеров через разрыв водородных мостиков воды.

Другая серия исследований, выполненные на протяжении 10 лет коллективом под руководством Louis Rey, который изучал ультрамолекулярные разведения некоторых солей натрия и лития через термолюминисценцию и пришел к выводу, что существует значительная разница их термолюминисценции по сравнению с водой: «приготовление гомеопатических разведений посредством разведений и постоянного потенцирования ведет к постепенным значительным изменениям в первичной жидкости, даже если «теоретическая концентрация «в растворенных веществах стала неизмеримой. Невозможно утверждать, что высокое гомеопатическое разведение однозначно с использованным растворённым веществом». Последующее приготовление гомеопатических медикаментов, исходя от этих разведений устанавливается, таким образом, на верную основу.

Начиная с 1985 года группа исследователей (Doutremeuich и сотрудники) на протяжении более чем 15 лет делала эксперименты относительно эффектов высоких разведений аспирина на процесс тромбоза. При первых экспериментах, которые делались на группе из 20 субъектов, прослеживалось имеет или нет аспирина в гомеопатических дозах эффект на этот процесс, измерялись параметры относительно кровотечений и коагуляций. Результаты были положительными, но, в то же время, показали, что Аспирин 5СН не действует на количество или функции тромбоцитов, но действует на сосудистые функции.

Другая серия очень тщательных исследований и технологически очень сложных, которые проходили в течение 10 лет под руководством ученых из Лос-Анжелеского и Калифорнийского Университетов Б. Бонавида и Моримото и которые исследовали влияние малых доз на биологическое противораковое действие некоторых токсичных веществ, чьи качества в этом направлении известны (cis-platina, adryablastina, Tumor Necrosis Factor, Toxina difterica). Эти исследования доказали, что некоторые вещества, в маленьких дозах,

производят противоположные эффекты чем те, которые известны при применении материальных доз.

Исследования которые продемонстрировали эффекты гомеопатических препаратов *Phytolacca*, *Histaminum* на выделение цитокинов доказали, что «они могут повлиять на действия рецепторов мембраны моноцитов. Ясно, что эти рецепторы являются посредниками некоторых иммунологических реакций и что они важны в упорядочении иммунного ответа»

В 90-ые годы в Индии, Бангладеше и Западной Бенгалии имело место большое заражение мышьяком континентальных вод, которое привело к настоящему бедствию, с появлением многочисленных отравлений среди населения. Известно мало методов способных вывести мышьяк из организма и один из них, который и был применен в Индии - состоит в том, чтобы назначать гомеопатический *Arsenicum album*. Первые исследования по выведению мышьяка из организма при применении своего гомеопатического препарата провел Andre Cler и Jean Voiron, в 1962 и вопреки времени они не только остаются годными, их результаты были воспроизведены и продолжены в 1967 году Казином Ж.С. и его сотрудниками. В этом исследовании, после того как крыс отравили маркированным мышьяком, им сделали укол в брюшину с одной дозой *Arsenicum album* 7CH, а потом проследили выделение мышьяка с мочой и калом. 30 подопытных крыс их группы, которой сделали инъекцию гомеопатического препарата, выделили в первые 8 часов после укола на 40% больше мышьяка, чем те 30 крыс из группы, которым применили динамизированную воду 7CH. По истечению 7 дней, отмечено значительное отличие в концентрации мышьяка в этих группах, что демонстрирует способность гомеопатического *Arsenicum album* мобилизовать и выделять мышьяк из организма.

Очевидно, что вопреки клиническим доказательствам и явным результатам, полученных при фундаментальных исследованиях физикохимии, пока что не существует приемлемой теоретической рамки, для того чтобы выйти из этого тупика. Проблема ультрамолекулярных разведений одна из самых провокационных и не только сугубо для медицины, но

и для всей современной науки. Ответ на эту проблему смог бы произвести революцию в так называемых научных согласованиях (аспекты которые считаются сами по себе понятными) и могли бы послужить причиной для новой научной парадигмы. Одна из самых привлекательных теорий, которая могла бы объяснить базисы действительности ультрамолекулярных разведений - голографическая теория, которая имеет свою отправную точку в квантовой физике и была изложена Bohm. В голограммах с любой опоры, в которых наблюдается взаимодействие изображения предмета (после того как он был просканирован пучком разделенных лазерных лучей) можно восстановить изображение в трех измерениях предмета (при рассмотрении посредством другого лазерного пучка), а любая точка с этой опоры содержит полное изображение предмета, если даже опора разделена на части. Прикосновенность (вовлечение) из податомного мира этого явления были выставлены наружу исследованиями Аспекта. Он сумел продемонстрировать что две частицы которые имеют одинаковое происхождение, но которые двигаются в разные стороны, сохраняют постоянную информационную связь между собой и проявляют себя независимо от расстояния между ними, имея постоянно одинаковый угол поляризации по отношению к изначальному расположению. Частицы ведут себя так как «будто они знают друг о дружке», но для того чтоб информация могла циркулировать между ними она должна иметь скорость больше чем скорость света то, что считается невозможным, (парадокс Аспекта). Поэтому предполагалось связь между ними независимо от места их нахождения, тот факт, что они сохраняют постоянно первичную информацию, которая независимо от расстояния, позволяет действовать на основании целого, из которого произошли. В подобном образе, гомеопатические ультрамолекулярные разведения, несмотря на то, что находятся на «расстоянии «от 10 разведений по отношению к материнскому веществу, так же сохраняют независимо от места нахождения первичную информацию.

Эксперименты с плазмой (постоянный пучок электронов) продемонстрировали, что составляющие электроны ведут себя как единое целое которые могут «драпировать, обивать», переходя на плоскость на которую спроектированы, так как

будто бы у них сохранилась память о целом (исходящем). Существует много других экспериментов и парадоксальные данные (включая и двойной характер частица - волна элементарных частиц) которые ведут к серьезным дискуссиям в физике вообще и которые, возможно в будущем, могут стать основой для объяснений образа в котором сохраняется эффект гомеопатических разведений.

Другое теоретическое сближение относительно гомеопатии можно сделать в рамках предложенных теориями динамических систем сложности. В одной из статей Белавита опубликованной в 2003 году в «Гомеопатии» указывается на то, что «некоторые формы и экспериментальные данные из теории комплексности могут поддержать парадоксальные утверждения принципа подобия и эффектов разведения/динамизации... Главные три особенности комплексных сложностей: нелинейность, само-организованность и динамизация не только добавляются к пониманию основ гомеопатии но и проливают свет на новые пути для экспериментов и теоретических изысканий.

ЕЩЕ РАЗ О ВАКЦИНАЦИИ ИЛИ РАЗМЫШЛЕНИЯ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА

Артюхова Ю.В.
Киев.

За последние годы страсти вокруг вопросов вакцинации достигли, с моей точки зрения, вершин накала и требуют срочной правовой регуляции. Положение, которое сложилось, все больше напоминает боевые действия, где с одной стороны баррикад находятся ярые противники иммунизации, вооруженные целым арсеналом тяжелых последствий прививок, а с другой их фанатичные приверженцы, многие из которых искренне уверены, что массовая вакцинация спасет человечество от всех проблем, и проблемы СПИДа закончатся с созданием соответствующей вакцины.

Хуже всего то, что под обстрелом оказываются наши запуганные радиацией, экологией, куриным гриппом, коровьим бешенством, СПИДом и другими прелестями современной жизни сограждане, в том числе родители (замечу – хорошие родители), которые пытаются защитить своих детей хотя бы от части подстерегающих их опасностей.

Крайне разноречивая информация зачастую вводит людей в истерическое состояние, что особенно касается родителей проблемных детей.

Они, зачастую уставшие от бесконечных обострений, лекарств и процедур, хотя бы уверены, что хотя бы дифтерия, корь и гепатит обойдут их детей стороной. Хорошо если на их пути встретится врач гомеопат, или хороший думающий педиатр, или квалифицированный иммунолог, которые помогут принять оптимальное решение, как по вопросу вакцинации, так и по поводу тактики лечения в целом. К великому сожалению, везет так далеко не всем, а существующие нормативные документы не дают никакого права выбора ни пациенту, ни врачу.

Последние 7 лет я работаю участковым педиатром в одной из Киевских районных поликлиник. Так случилось, что это совпало по времени с появлением моих первых гомеопатических пациентов. Я имела хорошую возможность длительно

наблюдать в динамике большое количество детей, отслеживать течение различных патологий и сравнивать различные методы лечения. По роду работы с проблемами вакцинации я сталкиваюсь регулярно и очень плотно. В этой статье я хочу поделиться с коллегами рядом наблюдений и предложений по данному вопросу.

Во-первых, позволю себе напомнить существующий график прививок.

Возраст	Прививки от				
1 день		Гепатит			
3 день	Туберкулез				
1 месяц		Гепатит			
3 месяц			Дифтерия, коклюш,	Полиомиелит	
4 месяц			Дифтерия, коклюш,	Полиомиелит	
5 месяцев			Дифтерия, коклюш,	Полиомиелит	
6		Гепатит			
12 – 15 месяцев					Корь, краснуха
18 месяцев			Дифтерия, коклюш,	Полиомиелит	
3 года				Полиомиелит	
6 лет			Дифтерия,	Полиомиелит	Корь,
7 лет	Туберкулез				
11 лет			Дифтерии, столбняк		Корь, краснуха
14 лет	Туберкулез		Дифтерия,	Полиомиелит	

Возраст	Прививки от				
15 лет					Краснуха
18 лет			Дифтерия,		
Взрослые		Гепатит	Дифтерия,		

Самую большую настороженность и среди медиков и среди родителей вызывает вакцина АКДС.

Я думаю, не ошибусь, если скажу, что большая часть серьезных постпрививочных осложнений, с которыми сталкиваются коллеги на гомеопатических приемах, связаны именно с этой вакциной. Должна заметить, что педиатры, во всяком случае работающие вместе со мной, хорошо знают агрессивные свойства вакцины и стараются отсрочить вакцинацию при наличии выраженного диатеза, катаральных явлений, прорезывания зубов, неустойчивого стула и др.

Кроме того, реакция на АКДС возникает, как правило, быстро. Видна прямая связь между прививкой и нарушением состояния здоровья, что делает более осторожной и маму и врача в дальнейшем.

В моей педиатрической практике, слава богу, за 10 лет работы был только один случай, когда ревакцинация АДС привела у шестилетней девочки с отягощенной наследственностью к манифесту бронхиальной астмы.

Гораздо больше неприятностей с моей точки зрения вызывает массовая вакцинация против гепатита, БЦЖ, «безобидная» реакция Манту и комплексная прививка против кори, краснухи и паротита.

Хотела бы привести ряд цифр, отражающих состояние новорожденных, зарегистрированных на моём участке.

Поступило под	2002 г.	2003г.	2004
1 группы здоровья	31%	36%	17%
2 группы здоровья	66%	56%	77%
3 группы здоровья	3%	4%	6%

4 группы здоровья	0%	4%	0%
-------------------	----	----	----

Состояние детей, которые были выписаны из роддома

	2002 г.	2003г.	2004
Взяты под	100%	100%	100%
В т.ч. из группы	63%	72%	75%
Врожденные	3%	4%	6%
Родовые травмы	3%	8%	8%
Гемолитическая	3%	4%	4%
Асфиксия	19%	16%	12%
Осложнения в	16%	8%	21%
Кесарево	19%	32%	21%
Гипотрофия	9%	8%	9%

Из таблиц видно, что группа риска увеличивается из года в год, большей частью за счет осложнений в родах, кесарева сечения, врожденных аномалий, а процент детей из 1 группы здоровья уменьшается. Несмотря на это БЦЖ сделано в роддоме в 2002 г 33 детям (97 %), в 2003 – 25 (100%), 2004 – 47 (89,5%). Дети, которым не привили БЦЖ, имели серьезные нарушения в состоянии здоровья и были переведены в отделение патологии новорожденных. Отмечу, что вакцинацию гепатита четверо из них все же получили прямо в родильном зале. Вообще, единственной причиной непривитости против гепатита в роддоме было только периодическое отсутствие вакцины.

С началом 100% вакцинации гепатита педиатры отметили резкое возрастание затяжного течения желтух. Если ранее сохранение желтухи после 20-го дня отмечалось у 1-2 детей на участке за год (то есть у 3-5% от общего количества), что расценивалось как ЧП, то в 2003 г на 1 месяце жизни желтуха сохранялась у 25% детей, а в 2004 – у 28%.

Интересно, что в большом проценте случаев, выраженная желтушность кожи и слизистых была единственной жалобой. Показатели билирубина при этом колебались от 200 мкмоль/л

до 300 мкмоль/л за счет непрямой фракции, а АЛТ – 1,5-1,8 МЕ. Все дети были на грудном вскармливании, как правило, очень хорошо прибавляли в весе (до 1,5 кг за месяц). Традиционные способы лечения очень мало меняли ситуацию.

Препаратами, которые в большинстве случаев стабилизировали состояние, были Сульфур, Ликоподиум, Меркурий солюбирис. Препараты назначались с учетом подобию, в достаточно редких приемах. Сульфур всегда 200С. Часто достаточно было однократного приема. Ликоподиум применялся 6СН, 50 СН, 200 СН с частотой от 3 до 1 раза в неделю.

Неудивительно, что после того, как желтуха прошла, состояние многих детей потребовало назначения Кальциум карбоникум, который являлся для них конституциональным препаратом, и помог их гармоничному развитию на первом году жизни.

Практически всегда кратковременное отлучение от груди (на 1-3 дня) или перевод на смешанное вскармливание ускоряли выздоровление. Все мамы в дальнейшем вернулись к грудному вскармливанию.

В тех случаях, когда ребенок с желтухой появился на свет после тяжелой осложненной беременности от матери с печеночными расстройствами, опущением матки, выраженными пигментными пятнами на лице - очень полезной была Сепия. Я назначала ее и маме и ребенку, что позволяло стабилизировать состояние обоих, а заодно и обстановку в семье.

Также в течение последних трех лет резко увеличилось количество различных нарушений пищеварения у детей первого года жизни. Конечно, кишечные колики, срыгивания и неустойчивый стул у младенцев дело обычное. Но когда они возникают практически у всех новорожденных на 7-8 день после выписки из роддома, а привычные манипуляции не дают эффекта, начинаешь задумываться.

Предполагая, что районный роддом может быть источником инфекции, у всех проблемных детей взяли посеы кала на патогенную флору. Во всех случаях в избыточном количестве присутствовала условно-патогенная микрофлора в лице стафилококка, протей и Клебсиеллы в различных сочетаниях, а

количество нормальной микрофлоры было либо на границе нормы, либо умеренно снижено чаще за счет лактобактерий.

Дети получали традиционную терапию с использованием бактериофагов, пробиотиков в ряде случаев в сочетании с гомеопатическими препаратами.

Смущало то, что при общем улучшении самочувствия стойкого положительного эффекта не было. Становился спокойнее – начинало сыпать, прекращало сыпать – начинал поносить. Сыпи присутствовали у всех, но разного вида, разной локализации и разной интенсивности. Не вдаваясь в подробности, скажу, что после того как мои пациенты получили дозу Сульфура 200, а в некоторых случаях Медоррунума 1000, лечение пошло гораздо быстрее и привело к решению проблемы.

Анализируя выше сказанное, я пришла к выводу, что вероятно причиной этих проблем была все та же вакцина против гепатита. Только у детей, конституция которых располагает к проблемам печени и желчного пузыря, эта реакция проявилась затяжной желтухой, а у других - различными расстройствами пищеварительного тракта.

К следующей группе, которую я выделила, относятся малыши, чьи проблемы со здоровьем начались на 6-7 неделе жизни. Именно в этот период начинает проявлять свою активность БЦЖ. В норме на месте инъекции образуется папула, затем пустула, которая к 3 месяцам подсыхает, покрывается корочкой и постепенно превращается в рубчик. Проблемы, как вы понимаете, возникли там, где БЦЖ никак не могло прорвать или наоборот протекало по типу затяжного БЦЖита.

Мамы детей из первой подгруппы в этот период обращались к врачу с жалобами на затяжной насморк, кашель, снижение аппетита, избыточную потливость, кожные сыпи. Эти состояния протекали на фоне нормальной температуры тела и практически не реагировали на традиционную терапию.

В 2004 году у меня под наблюдением оказалось сразу четверо детей (3 мальчика и 1 девочка) с тяжелейшими дерматитами. Все они родились от нормально протекавшей беременности, срочных физиологических родов с хорошей массой тела, находились на грудном вскармливании и были привиты в роддоме согласно календарю прививок. Первые кожные сыпи

возникли у них в 1.5 – 2 месяца и достигли пика к 6 месяцам. Создавалось впечатление, что у них на теле присутствуют все возможные виды сыпей, и живого места просто нет. Особенно пострадало лицо, воротниковая зона, конечности в районе сгибов. Щеки были просто глянцевые, и по ним дорожками стекала лимфа. Все это дико чесалось. Покрывалось корочками, мокло и липло. Выраженное ухудшение ночью, от воды и перегрева.

Все детки светлые, с прозрачной нежной кожей, выразительными ресницами, Эмоциональные. Любят прогулки и новые впечатления, требуют, чтобы их носили. Кисти и стопы мокрые и холодные. Тенденция к потливости головы во время сна и еды. Диспепсия от молока. БЦЖ у всех долго не прорывало. В месте инъекции пальпировалось подкожное образование размером с булавочную головку. Подмышечные и заднешейные узлы слева были увеличены до размеров фасолины. У одного из детей отмечалось стойкое выраженное покраснение над областью подмышечного лимфоузла. Добавлю еще, что у всех в семейном анамнезе присутствуют проблемы бронхолегочной системы и измененная реакция Манту.

Детям был проведен ряд анализов. Особенно показательной оказалась иммунограмма. У ВСЕХ отмечалось заметное (в среднем в 2 раза) снижение всех классов иммуноглобулинов на фоне гиперплазии тимуса. Вероятно, их иммунная система при рождении была незрелой, по сути дефицитной, поэтому вакцинация живой вакциной в сочетании с конституциональной предрасположенностью дала такие тяжелые последствия. В дальнейшем параллельно с улучшением кожи улучшились показатели иммунограммы и уменьшились размеры тимуса.

Все, кто работает с детьми, знает, что большая часть времени и сил уходит не на поиск лекарства, а на длительные разъяснительные беседы с мамами, бабушками и другими родственниками. И эффект лечения всегда лучше там, где существует хорошее взаимопонимание между родителями и доктором. В этих случаях родители оказались очень стойкими.

Детей ни чем не мазали, не давали гормонов и антигистаминных, держали на диете, что, конечно, очень помогло успешному лечению.

Из препаратов, которые применялись, особенно хочу выделить Калькарею силикату, Этот препарат с хорошим эффектом получали все дети, но в разных потенциях и с разной частотой. Во всех случаях состояние потребовало однократного назначения Туберкулина 1000 и, учитывая, все-таки определенную извращенность и злокачественность иммунной реакции в сочетании с другими симптомами – Люизинума 1000. Среди используемых препаратов были также Сульфур, Меркурий, Ликоподиум, Стафизагрия, Антимониум крудум.

В среднем к 10 месяцам их кожа приобрела нормальный вид. Дети хорошо растут и развиваются. Интересно, что при возникновении у них различных детских проблем, мальчикам требуется Кальциум фосфорикум или Ликоподиум, а девочка хорошо реагирует на Пульсатилу.

Позволю себе представить коллегам еще одну историю болезни.

Девочка 2001 г. рождения. Родилась от второй беременности с токсокозом первой половины, физиологических родов с массой 2,900. При осмотре в три месяца обратили на себя внимание явления БЦЖита. Ребенку были назначены Туя 200 и Силицея 200, от приема которых мама отказалась. В четыре месяца ребенку начали плановую вакцинацию АКДС. Интересно, что в тот же период БЦЖит был обнаружен у другой девочки, которая была консультирована в НИИ фтизиатрии и пульмонологии, где маме рекомендовали воздержаться от дальнейшей вакцинации в течение года.

В восемь месяцев у первого ребенка периодически стали возникать подъемы температуры до 39,5С. Температура держалась 2-3 дня, мало реагировала на жаропонижающие. Заметных изменений в анализах крови и мочи не было. Проанализировав симптомы, я назначила ребенку Туберкулинум 1000 по 3 крупинки раз в месяц в течение трех месяцев. Состояние ребенка стабилизировалось. В два года девочке сделали плановую реакцию Манту. Через две недели у неё манифестировал острый пиелонефрит. Течение было непрерывно рецидивирующим. Через 6 месяцев лечения девочки у различных урологов я рекомендовала маме повторить прием Туберкулина. Анализы мочи стабилизировались в течение месяца.

2 года я сознательно оттягивала проведение очередной реакции Манту. В апреле текущего года в период моего отпуска замещающий врач, не обнаружив никаких противопоказаний, все же направил ребенка на проведение реакции. Уже через 10 дней ребенок попал в стационар с очередным обострением пиелонефрита.

После выписки я провела разъяснительную беседу с мамой по поводу возможных последствий дальнейшей вакцинации, и предложила более планомерное гомеопатическое лечение. Сейчас состояние ребенка стабильно, но через год ей надо готовиться к школе, и я не уверена, что при существующих законах ей удастся избежать дальнейшей вакцинации и дальнейших обострений.

Учитывая, что реакция Манту проводится массово, в детских учреждениях ее обычно планируют на сентябрь-октябрь и февраль-март, то есть периоды, когда часто меняется погода, бывает холодно и сыро. Эти условия уже сами по себе неблагоприятны для чувствительных к туберкулину детей. Многие из них в этот период ходят с катаральными проявлениями. Естественно, что после массово проведенной в пятницу реакции Манту количество вызовов на дом у врача в понедельник резко увеличивается. Кроме того, при проверке результатов, размеры папулы у многих превышает норму. Информативность такой пробы минимальная. Зато стресс, который получают родители при направлении на консультацию к фтизиатру, часто бывает большим.

Несколько слов по поводу комплексной вакцины от краснухи, кори и паротита. В целом, она хорошо переносится детьми, однако если ребенок в период с года до шести переболел той же краснухой, ревакцинацию в шесть лет ему предлагают проводить той же комплексной вакциной, что, по моему, недопустимо.

С учетом всего вышесказанного, я бы предложила следующие изменения в существующие положения о вакцинации:

1. Вакцинация должна быть добровольной. Хочу заметить, что большинство родителей являются приверженцами прививок. Я чаще вызывала недовольство родителей

тем, что оформляла временный отвод по медицинским показаниям, чем тем, что рекомендовала прививку.

2. Противопоказания к вакцинации должны быть обосновано расширены.
3. Массовая вакцинация гепатита должна быть либо отменена, либо перенесена на подростковый возраст, когда вероятность заразиться этим заболеванием существенно возрастает.
4. Вакцинацию БЦЖ проводить на первом месяце жизни в поликлинике по индивидуальному графику, после необходимых обследований состояния здоровья младенца. Ревакцинацию БЦЖ в 7 и 14 лет следует отменить как нецелесообразную.
5. Реакцию Манту, особенно у часто болеющих детей, проводить после летнего отдыха на фоне полного здоровья. Делать это следует не чаще, чем 1 раз в 2-3 года. Исключения необходимы только по эпидемиологическим показаниям.
6. Промежутки между 1-й, 2-й и 3-й АКДС следует увеличить с 30 до 45 дней.

ГОМЕОПАТИЯ – ЗАБОТА О БУДУЩЕМ

Гречко В.А.
Украина, Киев

Уважаемые коллеги! Сегодня я хочу рассказать Вам о том, чем, на мой взгляд, является гомеопатия в современной медицине.

Используя принцип: кто хорошо диагностирует, тот хорошо лечит, рассмотрим человека с точки зрения аллопатии. Человека в аллопатии изучают как механическую, химическую и электрическую модель. Хирурги – больше как механическую модель, терапевты – как химическую, невропатологи и психиатры – как электрическую. Но ведь эти явления, по сути своей, лишь последствия тех процессов, которые и являются Жизнью. Отсюда, кто видит лишь последствия, тот, лишь, последствия и лечит.

Следующим объектом нашего внимания является акупунктура. Здесь человека рассматривают как совокупность энергетических процессов, а электрические, химические и механические явления как их непосредственные следствия. Вывод: представители этого вида лечения видят лучше, но это ещё не вершина познания человека.

Возьмем теперь гомеопатию. Некоторые авторы пытаются подменить истинную модель человека, которую рассматривает гомеопатия, энергетической моделью и, тем самым, уравнивать два разных метода лечения [1, 6].

Действительно, при использовании этих методик объединяющим началом является то, что болезнь при выздоровлении человека движется изнутри наружу. Но при акупунктуре симптомы движутся в направлении снизу вверх, а при лечении с помощью гомеопатии она движется сверху вниз. Последнее обстоятельство проверено мной на практике, что позволяет при совместном использовании этих двух методов лечения избежать «чрезмерных» обострений.

Но на самом деле гомеопатия – это метод лечения следующего, более высокого уровня. Ведь гомеопатия рассматривает человека в виде информационной модели. На этом уровне восприятия человек сравним с компьютером, управляющим энергетическими процессами, а через них

электрическими, химическими и механическими явлениями в организме.

Из вышесказанного, можно сделать вывод о том, что гомеопатия может воздействовать на причину болезни, а через неё – на ее последствия.

В наш век высоких компьютерных технологий все знакомо с термином «компьютерные вирусы». С точки зрения такого метода лечения, как дианетики [2], причинами «сбоев» в работе нашего «компьютера» являются своеобразные компьютерные вирусы. Исследуя истории болезни пациентов моей матери [3], у которых ухудшение состояния здоровья было связано с появлением в их «компьютере» классического компьютерного вируса (по дианетике), я пришёл к выводу, что гомеопатия, как и дианетика занимается уничтожением этих вирусов. Но использует, при этом как информационный вход не обычные органы чувств (глаза, уши, нос, язык, кожу), а энергоинформационный код, наложенный на крупинки.

Косвенным доказательством моей теории служит тот факт, что на фоне длительного гомеопатического лечения у больных улучшается память, ускоряется мышление, обостряется восприятие окружающего мира («краски жизни стали ярче»), как и при лечении с помощью дианетики.

Кроме того, моя теория позволяет объяснить трудность назначения гомеопатического препарата по полному подобию.

Ведь, если лечебный метод гомеопатии и дианетики одинаков, то из этого следует (по дианетике) - для того, чтобы запустить «цепной» процесс обнаружения и ликвидации «вирусов», необходимо уничтожить тот самый ранний «вирус», который записан в наибольшем количестве клеток (при делении клетки происходит передача «вируса» её потомкам). Сложность состоит в том, что его маскируют более поздние вирусы, но последние записаны в меньшем количестве клеток и потому, имеют меньшую «власть» над организмом, чем их более «могущественный коллега».

Демьян Владимирович Попов, на мой взгляд, обладал этой способностью: видеть в каждом пациенте этого «серого кардинала». Что и позволяло ему успешно практиковать гомеопатию, когда одно назначенное лекарство поддерживало здоровье человека на протяжении 5-10 и более лет.

Мы же, назначая лекарства «по случаю», разбираем «завалы» из поздних вирусов, пока, в конце концов не увидим этого самого могущественного «вируса» во всей красе и прямо перед «своим носом».

Дианетика возникла более 40 лет назад.

Так почему же так мало говорится в среде гомеопатов о родстве между этими лечебными системами?

Я думаю, произошло это оттого, что в дианетике «компьютерные вирусы», считается, могут быть только у людей, а у животных они не возникают, так как дианетика использует языковой (лингвистический) информационный вход.

Но ведь «вирус», по определению Хаббарда, это ограниченный участок подкорковых структур головного мозга с патологической активностью в центре и зоной оградительного торможения на периферии, который при понижении энергетики организма до той отметки, когда кора головного мозга уже «отключена», а «подкорка» ещё работает, берёт на себя управление деятельностью организма в ответ на внутренние и внешние раздражители.

Кроме того, при дальнейшем падении энергетики роль «управляющего» берут на себя всё более низшие нервные центры, доходя даже до рядовых клеток организма на каком-то этапе клинической смерти или при травме эмбриона в утробе матери.

Но, так как возможности «интеллекта» вируса резко ограничены, то он по сравнению с корой головного мозга неадекватно реагирует на внутренние и внешние раздражители.

Дианетика, как метод лечения ограничена в своих возможностях воздействия на «компьютерные вирусы». Её сфера деятельности лежит среди «вирусов», воздействующих на внешнюю сферу деятельности человека (интеллект и поведение). А гомеопатия может устранять все виды «вирусов». Доказательством этого служит успешное использование гомеопатии и в медицине, и в ветеринарии.

Из всего вышесказанного следует вывод, что аллопатия лечит то, что случилось «вчера», акупунктура – то, что случилось «сегодня», а гомеопатия – то, что может случиться «завтра».

Так уделим же внимание гомеопатии, как неотъемлемой

части медицины будущего, профилактической медицине, о которой мечтали все выдающиеся врачи.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Зайцев О. «Очерки пульсовой диагностики». – Кишинёв. – «Картя Молдовеняскэ». – 1991.
2. Хаббард Р. А. «Дианетика – современная наука душевного здоровья». – Москва. – «Издательская группа Нью Эра». – 1996.
3. Краткая история болезни пациентки Л., 34-х лет, которая страдала в течение 7 лет эпилепсией. Женщина заболела после того, как получила наркоз во время родов. После выздоровления больная вспомнила, что происходило в то время, когда ей давали наркоз.
4. Гранджорж Дидье «Точная гомеопатия. Дух лекарства», Санкт-Петербург, 1992.
5. Швец Г.И. «Информационно-полевая гипотеза в объяснении эффекта сверхмалых доз», журнал «Украинский гомеопатический ежегодник», т. I, Одесса, 1998.
7. Янковские В.Л. и Л.В. «Гомотоксикология и традиционная китайская медицина», журнал «Биологическая терапия», август 1998 года.
8. Попов А.В. курсы «Основы современной гомеопатии», в Донецке, с 1.06.99г. по 14.06.99г.
9. Зеликман Т.Я., Ялкут С.И. «Гомеопатия в системе фармакотерапии», Київ: Здоровья, 1994.
10. Овечкин А.М. «Основы Чжень-Цзю терапии», Саранск: Голос, 1991.
11. Нгуен Ван Нги «Патогенез заболеваний. Диагностика и лечение методами традиционной китайской медицины: иглоукалывание, массаж и прижигание» М.П. «Вен-Мер», фирма «Эврика», Москва, 1992 год, переводчик Салдаев П.В.

МАТЕРИЯ МЕДИКА

СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ THERIDION CURASSAVICUM

Высокова С.С.

Киев

В конце ноября 2004 г. ко мне обратилась сотрудница, зная, что я люблю и широко применяю гомеопатию в своей работе практикующего врача уже длительное время, и довольно успешно.

У сына сотрудницы появились нарушения ритма сердца с мая 2004 г. Аллопатическая терапия не принесла успеха. Мне показали мальчика 12 лет, с избыточным весом, тревожного, кованного, раздражительного, но достаточно воспитанного подростка. Лицо несколько одутловатое, легкий румянец, потупленный взгляд. Явное нежелание вступать в общение с врачом. Увалень, несколько ленив, но в целом послушен. Инфантилен, с мелкими чертами лица, пухлыми, мягкими губами. Любит покушать, любит мучное и сладкое. На вопрос о страхах мама сообщила, что сын очень боится пауков, причем настолько, что прежде чем войти в ванную комнату, заставляет ее проверить. Данные анализа крови, мочи, сахара крови были в норме. На ЭКГ зафиксированы серьезные нарушения ритма сердца от бигеминии до политопных экстрасистол. На эхокардиографии органических изменений со стороны мышцы и клапанного аппарата сердца найдено не было, однако ритм нарушен. Пациент был обследован на наличие паразитов (глисты, лямблии), которые также не были обнаружены. Мною были выбраны два гомеопатических препарата:

Ammonium carbonicum 200CH, *Theridion curassavicum* 200.

Назначен прием по 5 гранул утром натощак с чередованием препаратов.

Через 10 дней приема при осмотре была зафиксирована 1 /одна / экстрасистола. Через 20 дней ребенку был проведен суточный мониторинг работы сердца. Количество экстрасистол уменьшилось с 14000 до 1400, т.е. в пределах допустимой нормы.

Вот таким образом мы вместе выбрались из опасной

„паутиной сети”, в которую затянул мальчика недуг. Ведь препарат, который вылечил его, был – паук...

P.S. Кстати, пациент перестал бояться пауков, стал более стройным, подтянутым и спокойным.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ МАЛЯРИИ-ВИВАКС ГОМЕОПАТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ

Дергачев. А.М.
Киев

Ничто так не убеждает в действенности гомеопатии, как применение ее на самом себе. Такую возможность оказаться одновременно в роли и гомеопатического пациента и врача «подарила» мне малярия-вивакс. Небольшим утешением может служить то обстоятельство, что и сам Ганеман благополучно перенес малярию, послужившую еще одним звеном в последующем открытии гомеопатии.

18.07.05 – Вечер. Повысилась температура до 37,5, ломота в мышцах, головная боль.

Состояние ухудшилось после пребывания в очереди в железнодорожной кассе.

Лечение: белладонна 200 3 крупинки.

19.07.05 – Утро. Температура 38,5. Ломит мышцы и болит голова. Сильная потливость.

Лечение: осциллококцин 200 5 крупинок, эуфорбиум 200 3 крупинки.

Вечер. Температура 39,2. Сильные периодические ознобы, слабость, потливость. Пот зловонный, запах «трупный». Постоянно сонливое состояние. Лечение то же.

20.07.05 – Утро. Температура 38,5. При попытке встать в туалет – потеря сознания, тонические судороги, остановка дыхания. Проведено искусственное дыхание «рот в рот». Дыхание восстановилось. Бригадой скорой помощи введены внутривенно – глюкоза, кокарбоксилаза, аналгин. На ЭКГ – брадикардия до 54 уд. в минуту, снижен вольтаж зубцов. Предположительный диагноз энцефалит неясного генеза.

Осмотр невролога: данных за энцефалит и менингит нет.

Осмотр терапевта: тоны сердца глухие, практически не выслушиваются, брадикардия от 50 до 60 ударов в минуту. В легких дыхание чистое. Печень и селезенка в подреберье. Стул

и мочеиспускание в норме.

Обследование: Общий анализ крови: эритроциты - 5,1, лейкоциты – 16,2, тромбоциты - 500 тыс., Нв – 115 г/л, СОЭ – 24 мм, длительность кровотечения 1,5 мин. Гематокрит 75%.

Печеночные пробы в норме.

Осмотр гомеопата: Цианоз губ. Приступообразная потливость с ознобом. Сердечные тоны не выслушиваются. Пульс вялый. Брадикардия. Состояние септическое.

Лечение: хина 200 , лахезис 200, дигиталис 200 по 5 крупинок на 200 мл воды в разных стаканах, каждые 10 минут.

Консультация инфекциониста: заподозрен лептоспироз. За несколько дней до этого был факт купания в Днепре.

Рекомендована госпитализация. Госпитализирован в реанимационное отделение института инфекционных болезней АМН Украины им. Громашевского.

Диагноз при поступлении: ОРВИ с судорожным синдромом. Угроза развития ДВС-синдрома.

Эпиданамнез: пребывание в Румынии, Турции.

Выражен акроцианоз, цианоз губ, «мраморный рисунок кожи», потливость. Тоны сердца глухие. Менингеальных знаков нет.

Проводилось лечение: инфузионная терапия, тиосульфат натрия, цефтриаксон, кордарон, гепарин.

21.07.05 Утро. Не лучше. Температура 39,5. Наросла слабость. ЭКГ – вольтаж снижен. Коагулограмма - ухудшилась. Наросли цифры протромбина. Эритроциты упали до 4,0, Нв – 97, СОЭ – 25 мм. Продолжена инфузионная терапия, гепарин, антибиотики. Заподозрен геморрагический перикардит.

Гомеопатическое лечение: хина LM 1 , лахезис LM 1, дигиталис LM 1 по 2 крупинки на 200 мл воды в разных стаканах, каждые 10 минут.

Вечер – температура снизилась до 37,0. Состояние стабилизировалось. Сохраняется цианоз и слабость.

22.07.07 – Температура нормальная. Цианоз меньше. Тоны сердца яснее. Пульс 70 в минуту. ЭКГ - лучше. Коагулограмма - лучше. Эритроциты – 3,9, Нв – 95 г/л, СОЭ -20 мм.

ЭхоКГ – данных за пери- мио- и эндокардит нет.

В «толстой капле» обнаружены шизонты *plasmodium vivax*.

Диагноз: малярия – вивакс.

Выписан домой.

От предложенной терапии делагиллом отказался. Продолжено гомеопатическое лечение: хина LM 1 1 крупинка на 300 мл воды, 1 встряхивание 1 чайную ложку 2 раза в день ежедневно, лахезис LM 1 1 крупинку на 300 мл воды, 1 встряхивание – 1 чайную ложку 2 раза в неделю.

28.07.07 – Приступов нет. Самочувствие нормальное. Приступил к работе. Прием хины и лахезиса продолжаю в том же ритме.

20.08.05 – Приступов не было. Самочувствие нормальное. В крови: эритроциты- 4,1, Нв- 115 г/л, лейкоциты, тромбоциты, формула – в норме. Методом «толстой капли» - в крови единичные гамонты *plasmodium vivax*.

7.09.05 – Приступов не было. В крови: эритроциты – 4,8, Нв – 135 г/л. Плазмодий не обнаружен.

Лечение продолжено до 15.09.05 г.

Малярия – острая протозойная инфекция. Источником является больной человек, передается с помощью различного вида комаров.

Plasmodium vivax - возбудитель 3-х дневной лихорадки. При заражении через укус комара в организм проникают спорозоиты, которые превращаются в клетках печени в шизонты. Длительность преэритроцитарного цикла 6-9 суток. Затем паразиты проникают в эритроциты и начинается эритроцитарная шизогония, которая при 3-дневной малярии длится 48 часов. Преэритроцитарный цикл развития паразита не сопровождается клиническими проявлениями. Начало приступа совпадает по времени с моментом массового разрушения пораженных эритроцитов и выхода в кровь паразита.

Инкубационный период при 3-х дневной малярии от 10-14 дней до 8-14 месяцев. Длительность типичного приступа при 3-х дневной малярии 6-8 часов. В течение приступа есть периоды озноба, жара и пота. При 3-х дневной малярии приступы повторяются через 1-3 дня. Длительность течения 3-х дневной малярии до 2-3 лет.

Возможны осложнения: развитие комы, разрыв селезенки, гемоглобинурийная лихорадка.

Лечение: используют хингамин (делагил, хлорохин) – в

приступе. Однако эти препараты не действуют на тканевые формы паразита. Дальнейшее лечение проводится примахином или хиноцидом.

Все препараты токсичны по отношению к печени, поджелудочной железе, вызывают снижение остроты зрения, психозы, судороги, ретинопатию, поседение, дистрофические изменения миокарда.

По данным Интернет за последний год в Малайзии было 10 случаев смерти от токсических проявлений после применения противомаларийных препаратов.

В Киеве ежегодно фиксируется несколько десятков случаев малярии, привезенных из Египта и других стран Африки, Турции, Одесской области, Саратова, Москвы и даже местная у людей, никуда не выезжавших. Лечится малярия не всегда легко. Приходится принимать препараты курсами по несколько раз в течение 6-12 месяцев. В дальнейшем лечение токсических холецисто-панкреатитов тоже требует большого времени и средств. При любом лихорадочном состоянии в течение последующих 3 лет рекомендуется исследовать «толстую каплю».

Некоторые гомеопатические средства для лечения малярии.

Aranea diadema, паук крестовик, папский паук. Перемежающаяся лихорадка (малярия) холодных и сырых мест. Это средство показано лицам с конституцией, способствующей малярийному заражению, у которых в сырой день и в сыром месте появляется озноб.

Холод пробирает такого человека до самых костей и ему никак не удастся согреться.

Непереносимость сырости. Озноб сильный при наступлении сырой погоды, ледящий холод от внешнего тепла. Холод и онемение в костях. Сверлящая боль в пяточной кости. Острое и внезапное начало. "Увеличение частей тела".

Периодичность симптоматики. Боль как электрошок. Жажда молока. Никогда нет пота.

Сон беспокойный, ощущение вздутия и тяжести рук. Лобная головная боль отдает в лицо и нижнюю челюсть.

Calcium arsenicosum, мышьяковистый кальций. Малярия хроническая. Показан также при злоупотреблении хинином.

Ознобы. Начальная стадия увеличения печени и селезенки. Заболевания селезенки и мезентериальных лимфатических узлов. Снижение гемоглобина и эритроцитов.

Cedron simaruba, цедроновое дерево, симаба цедрон. Малярия. Злоупотребление хинином. Строгая периодичность боли, в одно и то же время (10.00).

Зябкость от малярии, жизни в сыром климате. Озноб регулярный (холод леденящий). Лихорадка с жаждой. Потливость профузная, периодически. Боли резкие со вздрагиванием.

China officinalis, Cinchona, кора хинного дерева, перуанская кора, иезуитский порошок.

Малярия. Перемежающаяся лихорадка

Постмалярийные состояния. Перемежающаяся лихорадка без жажды. Слабость, истощение, протрация. Озноб (хуже сквозняк) потрясающий, не лучше от согревания, сменяется сильным жаром. Изнурительный обильный пот ночью от легкого укрывания. Холодный пот вокруг носа и рта и геморагии. "Трупный запах" тела. Волчий ночной голод и моментальная насыщаемость. Аппетит отсутствует. Лихорадка перемежающаяся, с регулярно повторяющимися приступами: возвращаются каждую неделю. Все стадии четко выражены. Озноб обычно появляется в предполуденные часы (начинается с груди); жажда перед ознобом: пьет мало и часто. Изнуряющие ночные поты. Потение при малейшем усилии, особенно на отдельных частях.

Есть сообщения о профилактической эффективности хины 30СН.

Chininum arsenicosum, хинин мышьяковистый, арсенит (арсенат) хинина.

Анемия. Астения. Истощение (кахексия). Малярия. Лихорадка постоянная, со слабостью. Усталость и протрация. Изнеможение, упадок сил. Озноб: кисти, спина, стопы и колени. Профузный пот. Потеря сознания. Потеря аппетита. Периодичность. Холодные кисти и стопы, колени. Ладони сухие и горячие. Жажда.

Eupatorium perfoliatum, костоправ продырявленный, посконник пронзеннолистный. Перемежающиеся лихорадки. Малярия. Стоны во время боли, озноба. Сильная жажда,

особенно до и во время озноба, дрожь и рвота от холодного питья. Озноб начинается со спины в 7-9.00. Сильная жажда, но от холодного питья - дрожь и рвота. Волчий голод. Ознобу предшествует жажда со значительной болезненностью и тупыми продолжительными болями в костях. Тошнота, рвота желчью в конце озноба или в начале стадии жара; пульсирующие головные боли.

Menyanthes trifoliata, вахта трехлистная, водяной трилистник, лихорадочник. Малярия. Переменяющаяся лихорадка и холод в животе. Жар в лице и холодные руки и ноги. Жар без жажды. Озноб сопровождается утомляемостью. Тяжесть головы постоянная.

Pyrogenium, нозод некротический, гангренозный - продукт разложения говядины. Резкие скачки температуры. Жар снаружи и пот, зябкость внутри. Пульс всегда чаще и сильнее, чем температура. Жажда сильная при ознобе. Температура не снижается при потах. Гипотермия. Отвращение: раскрывание. Зябкость, лучше в кровати.

Ломота во всем теле. Аппетит отсутствует.

Лихорадка. Холод и озноб. Септические лихорадки. Озноб, начинающийся со спины. Быстрый подъем температуры.

Quercus glandium spiritus, спирт- дистиллят из настойки желудей дуба. Малярия. Гепатоспленомегалия. Гепатит.

Heliantes, подсолнечник. Застарелая переменяющаяся лихорадка. Симптомы ухудшаются от жара и облегчаются от рвоты. Поражения селезенки.

Выраженное действие на желудок с тошнотой и рвотой. Стул черный. Сухость рта.

Гомеопат Пракаш Вакила (Индия) рекомендовал с профилактической целью базилик краснолистный по 2 -3 веточки ежедневно.

Выводы:

1. Применение гомеопатических средств при малярии требует анализа индивидуальной

симптоматики подбора средств для лечения по совокупности симптомов и по подобию.

2. Классическая гомеопатия вполне эффективна при лечении малярии.
3. Преимуществом гомеопатического лечения является быстрый эффект и отсутствие токсических осложнений.

Литература:

1. В. Берике «Materia medica гомеопатических препаратов», Смоленск, 1997 г.
2. Э. Фаррингтон «Гомеопатическая клиническая фармакология», Киев, 1992 г.
3. А.П. Казанцев, В.К. Карнаухов «Инфекционные болезни» в «Справочнике практического врача», М., 1992 г., с.282.

СОБЫТИЯ, ДАТЫ, КОММЕНТАРИИ

250 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ГАНЕМАНА

Попова Т.Д.*

*Украина, Киев, Заслуженный врач Украины, врач-консультант Гомеопатического центра им. Д. Попова

Самуэль Ганеман – личность, интерес к которой не уменьшается с течением времени. Этот интерес, начиная с момента провозглашения им реформы в медицине, не утрачивает полемического характера. Дискутируют вокруг его личных качеств, его быта, отношений в семье, с друзьями и оппонентами и более всего по поводу теоретических положений, высказанных в его основных трудах.

Вызывает интерес также эпоха, в которую жил и трудился Ганеман. *«Священная Римская империя германской нации, как она пышно именовалась, состояла во второй половине XVIII века из 360 государств, начиная от довольно крупных, таких, как Пруссия и Австрия, заканчивая крошечными королевствами. Кроме того, в ее состав входили множество курфюршеств, княжеств, графств, баронств и вольных имперских городов. Все они обладали большой политической самостоятельностью и подчинялись только власти императора и сейма, подчас весьма иллюзорной»* (Г. Волков «Сова Минервы»).

Вспомним, что Ганеман постоянно менял места своего жительства. В 1806 году империя была разгромлена Наполеоном I, и после 1815 года в Германии образовалась федерация из 38 субъектов (в настоящее время насчитывается 16 федеральных земель). В 1813 году Наполеон избрал Дрезден своим штабом, и в том же году его армия была разгромлена под Лейпцигом в «битве народов». Ганеман жил в это время в Лейпциге.

«Восемнадцатый век заканчивался шумною политической и военною борьбою. Французская революция торжествовала, и

ее всеохватывающая сила сокрушала троны и династии Европы, ошеломленной её успехами. Гром пушек при Вальми и Жемаппе предвещал ряд войн, в продолжение 20 лет подряд не дававших передышки ни народам, ни государствам. Что могли делать учёные люди среди такой сумятицы и какой интерес имели их открытия? Умственный труд, литература и наука, казалось, могут процветать лишь вдали от гроз и бурь. А между тем в Германии, постоянно терзаемой ужасною борьбой с опасным соседом, человек простой и скромный спокойно работал в тиши, уединении и безвестности над созданием терапевтической системы, которой предстояло разделить врачебный мир на два лагеря, всё еще, после почти столетней борьбы, не желающих сложить оружие. Кто же был этот человек, пренебрегший обычным путем, обративший свои взоры на горизонт, доселе неизвестный, и на долю которого выпало счастье увлечь за собою целые поколения восторженных учеников? ...Вождь школы, ученики которой распространились по всему свету и в самых отдаленных странах так же, как и в наиболее населенных центрах, проповедают учение, соединяющее их вместе неразрывными узами» (Тесье, Париж, 1893, «Публичные беседы о гомеопатии»).

Тем не менее эта эпоха отличалась гениальными личностями. Современниками Ганемана были Гёте (1749-1832), Кант (1724-1804), Берцелиус (1779-1848), Биша (1771-1802), Гуфеланд (1762-1836), Лавуазье (1743-1794), Авогадро (1776-1856), Ламарк (1744-1829), Гумбольдт (1769-1859), Бетховен (1770-1828), Шиллер (1759-1805), Моцарт (1756-1791).

«Органон» Ганемана увидел свет в один год с «Учением о цвете» Гёте. Гёте назвал Ганемана волшебным врачом – Zauberarzt.

В 1826 году Гуфеланд писал, что *«вопрос (о гомеопатии) становится тем важнее, что основателем ее является человек, которому мы не можем отказать в уважении».*

Ж. П. Рихтер поэт и романист (1763-1825), друг Ганемана, называл его «двойной головой философии и эрудиции».

Из воспоминаний д-ра Грисселиха (1804-1848), редактора журнала «Hugea», гомеопата, но не ганемановского направления: *«Беседы Ганемана большей частью носят*

некоторый полемический характер. Однако он ясно давал понять, что в сфере опыта он каждому предоставляет полную свободу исправлять наблюдения, не исключая и его собственных, но только не тому, кто стремится опровергать и подкапываться под них путем одних предположений... Он был далёк от того, чтобы подчинять своих последователей деспотизму, исключаящему всякие другие взгляды».

Грисселих посещал Ганемана в 1832 году, незадолго до его кончины. Об этом остались его воспоминания: *«Его память сохранила полнейшую свежесть; после продолжительного перерыва речи, он продолжал говорить с того, на чём остановился».*

В то же время (1830) Коватс, ярый оппонент Ганемана из Пешта называет его несчастным бродягой, невежественным цирюльником, праздношатающимся, лжецом, негодным соблазнителем, слепым парацельзианцем, набитым дураком, лукавой, грубой, скверной лисицей.

Не отставали в опорочивании Ганемана и русские медики. В 1839-1840 годы член Медицинского совета Петербурга профессор Семен Вольский опубликовал критическое сочинение «О Ганемане и гомеопатии», в котором обвинял Ганемана в низком происхождении, плохом образовании, обосновывая последнее тем, что, если он знал несколько языков, то не мог хорошо изучить медицину, а раз переезжал с одного места на другое – то не мог создать приличной практики. Успех Ганемана во Франции Вольский приписывал склонностью французов к вольнодумству (Мольер, Вольтер).

Нью-Йоркский хирург Валентин Мотт, посетив Ганемана, отозвался о нем, как об одном из самых образованных современных врачей.

Авторитетный аллопат из Великобритании Джон Форбс также был высокого мнения о своем гомеопатическом собрате: *«Ни один внимательный наблюдатель его поступков, ни один добросовестный читатель его сочинений ни на одну минуту не поколеблется допустить, что он был весьма замечательный человек, имя которого перейдет к потомству как творца и основателя оригинальной системы медицины, не менее искусной, чем многие, ей предшествовавшие и которой вероятно суждено быть отдаленной, если не непосредственной причиной*

более важных перемен во врачебном искусстве, чем последователи какой бы то ни было другой системы со времен самого Галена».

В речи, произнесенной перед британской медицинской ассоциацией, профессор Бристо сказал о Ганемане: *«Что он обладал ученостью, способностями и силой мышления – вполне очевидно. Он усмотрел нелепости и заблуждения современной ему терапии. Он осмеял сложные и отвратительные микстуры, которые тогда еще обезображивали фармакопеи, и выставил с немалым искусством и успехом ничтожество и негодность большинства господствовавших в то время терапевтических систем».*

Швейцарский профессор Мунк (середина XIX века) считал, что у Ганемана плохой характер, и это вредило распространению его идей.

Ганемана обвиняли также в отсутствии юмора. Но, если бы это было так, то вряд ли он позволил бы себе, подписываясь, рисовать петушка («Hahn» – значит петух), а затем писать слово «Mann» – мужчина и цитировать Беранже в своём послании к Гизо.

Существует мнение, что Ганеман в практике не всегда придерживался своих же теоретических положений. Р. Юз считал это признаком старения: *«Признавать Ганемана руководителем после 1830 года – значит доверяться его дряхлости».* Другие воспринимали такое поведение, как следствие постоянного экспериментирования и проверки теоретических положений практикой.

Константин Геринг (1800-1880) писал, что *«до сих пор не нашлось никого, кто бы смог опровергнуть Ганемана».* Хотя с некоторыми ганемановскими высказываниями Геринг не был согласен.

Профессор Вирхов (1821-1902) назвал Ганемана отцом экспериментальной фармакологии.

«Доктор Ганеман, основатель гомеопатии, был человеком высочайшей духовной силы и думал о спасении человечества. Я преклоняюсь перед его мастерством. Как Геркулес поднял он знамя гуманистической идеи в медицине. Его наследие должно быть использовано нами, мы будем следовать за ним» (Ганди).

Ліцензування медичної практики

Нормативно-правова база

Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ (зі змінами і доповненнями) \\\Відомості Верховної Ради України.-1993.- № 4 (26.01.93). – Ст.19. Про ліцензування певних видів господарської діяльності: Закон України від 1 червня 2000 року № 1775-ІІІ (зі змінами і доповненнями) \\\Офіційний вісник України. - 2000. - №27 (21.07.2000). Ст.1109. Положення про експертно-апеляційну раду при Державному комітеті з питань регуляторної політики та підприємництва; затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 8 листопада 2000р. №1609 (зі змінами та доповненнями) \\\Офіційний вісник України.- 2000. №45 - (24.11.2000). - Ст. 1944.

Перелік органів ліцензування: затверджено постановою Кабінет Міністрів України від 14 листопада 2000 р. № 1698 (зі змінами та доповненнями) \\\ Офіційний вісник України. - 2000, - № 46 (01.12.2000). - Ст.2001.

Перелік документів, які додаються до заяви про видачу, ліцензії для окремого виду господарської діяльності: затверджено постановою Кабінет Міністрів України від 4 липня 2001 р. № 756 (зі змінами та доповненнями) \\\Офіційний вісник України. - 2001. - №27 (20.07.2001). Ст.1212.

Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики: затверджено наказом Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва, Міністерства охорони здоров'я України від 16 лютого 2001р. №38/63, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 2 березня 2001 року за №189/5380, (зі змінами та доповненнями) \\\Офіційний вісник України. - 2001, -№ 10 (23.03 2001) – Ст.421.

Положення про Ліцензійну комісію Міністерства охорони здоров'я України: затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 р. № 389, (зі змінами та доповненнями) \\\ Інформаційно-правова система "Ліга Закон¹", файл MOZ2098.LHT. \\\ Еженедельник АПТЕКА. -2002. - 11. - № 46.

Орган ліцензування медичної практики.

Відповідно до абзацу. 2 статті 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я, пункту 26 статті 9 Закону України "Про

ліцензування певних видів господарської діяльності" медична практика, як вид господарської діяльності, підлягає ліцензуванню. Органом ліцензування медичної практики є Міністерство охорони здоров'я України (пункт 6 Переліку органів ліцензування, затвердженого постановою Кабінет Міністрів України від 14 листопада 2000 р. № 1698).

На Ліцензійну комісію Міністерства охорони здоров'я України покладено обов'язок по розгляду документів, поданих суб'єктами господарювання до МОЗ України для здійснення господарської діяльності з медичної практики, прийняття рішень щодо видачі, переоформлення та анулювання ліцензій на здійснення господарської діяльності з медичної практики, видачі дублікатів ліцензій.

Суб'єкти, господарська діяльність яких підлягає ліцензуванню.

Статтею 16, 17 Основ законодавства України про охорону здоров'я, статтею 2 Закону України "Про ліцензування певних видів господарської діяльності" визначено, що ліцензуванню підлягають всі суб'єкти господарювання, які мають намір здійснювати медичну практику.

Здійснення медичної практики без отримання ліцензії - забороняється, особи, які здійснюють медичну практику без ліцензії притягуються до адміністративної, кримінальної відповідальності.

Документи, що подаються до органу ліцензування для отримання ліцензії на здійснення господарської діяльності з медичної практики.

Суб'єкт господарювання, який має намір провадити господарську діяльність з медичної практики особисто або через уповноважений ним орган чи особу звертається до Ліцензійної комісії МОЗ України із заявою встановленого зразка про видачу ліцензії. У заяві про видачу ліцензії повинні міститися такі дані:

1) відомості про суб'єкта господарювання - заявника: найменування, місцезнаходження, банківські реквізити, ідентифікаційний код - для юридичної особи; прізвище, ім'я, по батькові, паспортні дані (серія, номер паспорта, ким і коли виданий, місце проживання), ідентифікаційний номер фізичної особи - платника податків та інших обов'язкових платежів - для фізичної особи;

2) вид господарської діяльності - медична практика (повністю або частково).

У разі наявності у заявника філій, інших відокремлених підрозділів, які провадитимуть господарську діяльність на підставі отриманої ліцензії, у заяві зазначається їх місцезнаходження.

До заяви про видачу ліцензії додається копія свідоцтва про державну реєстрацію суб'єкта підприємницької діяльності або копія довідки про внесення до Єдиного державного реєстру підприємств та організацій України, засвідчена нотаріально або органом, який видав оригінал документа.

Згідно статті 10 Закону України „Про ліцензування певних видів господарської діяльності”, постанови Кабінету Міністрів України "Про затвердження Переліку документів, які додаються до заяви про видачу ліцензії для окремого виду господарської діяльності" від 4 липня 2001 р. № 756 до заяви додаються також наступні документи:

1. Засвідчені в установленому порядку копії установчих документів (для юридичної особи).

2. Засвідчена в установленому порядку копія висновку державної санітарно-епідеміологічної служби (за місцем провадження діяльності) про відповідність наявних приміщень вимогам санітарних норм і правил щодо здійснення медичної практики.

3. Довідка МОЗ або уповноваженої ним установи про стан матеріально-технічної бази суб'єкта господарської діяльності, наявність у нього нормативно-правових документів, у тому числі нормативних документів із стандартизації, необхідних для провадження відповідного виду господарської діяльності.

4. Засвідчені в установленому порядку копії документів, що підтверджують відповідність кваліфікації персоналу вимогам до здійснення медичної практики (диплом державного зразка, про медичну освіту або сертифікат лікаря-спеціаліста, виданий вищим медичним навчальним закладом III - IV рівня акредитації, закладом післядипломної освіти); посвідчення про присвоєння (підтвердження) відповідної кваліфікаційної категорії за спеціальністю; свідоцтво про проходження підвищення кваліфікації та перепідготовки молодших медичних і фармацевтичних працівників, видане вищим медичним

навчальним закладом, закладом післядипломної освіти I - III рівня акредитації.

5. Документ, що підтверджує стаж роботи за спеціальністю на момент подання заяви (засвідчена в установленому порядку копія трудової книжки з наявністю даних за останні п'ять років або витяг з неї, інший документ).

Документи зазначені в пункті 1 повинні бути засвідчені нотаріально або органом, який видав оригінал документа.

Документи зазначені в пункті 2 повинні бути засвідчені нотаріально або органом державної санітарно-епідеміологічної служби.

Довідка про стан матеріально-технічної бази суб'єкта господарської діяльності видається МОЗ України або МОЗ Крим, управлінням охорони здоров'я обласних, Севастопольської міської, Головним управлінням охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської державних адміністрацій.

Документи зазначені в пункті 4 повинні бути засвідчені нотаріально або медичним навчальним закладом, закладом післядипломної, що видав оригінал відповідного документа.

Копії трудових книжок, витяги з них повинні бути засвідчені нотаріально або суб'єктом господарювання. Іншими документами, що підтверджують стаж роботи за спеціальністю можуть бути наприклад, копія ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики та довідка про сплату податків (для фізичних осіб - суб'єкт підприємницької діяльності).

Забороняється вимагати від суб'єктів господарювання інші документи (частина 5 статті 10 Закону України "Про ліцензування певних видів господарської діяльності").

Строки розгляду заяви та прийняття рішення про видачу ліцензії або про відмову у її видачі.

Рішення про видачу ліцензії, про відмову у її видачі або залишення заяви без розгляду приймається протягом десяти робочих днів з дати надходження заяви про видачу ліцензії та документів, що додаються до заяви.

Повідомлення про прийняття рішення про видачу ліцензії, про відмову у її видачі або залишення заяви без розгляду

надсилається (видається) заявникові в письмовій формі протягом трьох робочих днів з дати прийняття відповідного рішення.

В повідомленні про залишення заяви без розгляду обов'язково зазначаються підстави залишення заяви без розгляду.

Рішення, що можуть бути прийняті за результатами розгляду заяви про видачу ліцензії.

За результатами розгляду заяви про видачу ліцензії та документів, що додаються до неї, Ліцензійної комісією МОЗ України можуть бути прийняті наступні рішення про:

1. Видачу ліцензії на здійснення медичної практики.
2. Залишення заяви без розгляду, якщо:
заява подана (підписана) особою, яка не має на це повноважень;
документи оформлені з порушенням встановлених вимог.
3. Про відмову у видачі ліцензії на здійснення медичної практики, якщо є: недостовірність даних у документах, поданих заявником, для отримання ліцензії;
невідповідність заявника згідно з поданими документами ліцензійним умовам провадження господарської діяльності з медичної практики.

Оскарження рішень органу ліцензування.

Рішення органу ліцензування можуть бути оскаржені до експертно-апеляційної ради при Державному комітеті з питань регуляторної політики та підприємництва (абзац 5 пункту 5 Положення про експертно-апеляційну раду при Державному комітеті з питань регуляторної політики та підприємництва, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 8 листопада 2000 р. № 1669). Рішення про відмову у видачі ліцензії може бути оскаржено у судовому порядку.

Підготувала:

Секретар Ліцензійної комісії МОЗ України
Зозовська Л.П.

Уважаемые дамы и господа!

Медицинская секция Европейской академии естественных наук приглашает принять участие в следующих мероприятиях конгресса EUROMEDICA - HANNOVER:

28-29 ноября 2005 г., Ганновер

конгресс «От классической гомеопатии до гомотоксикологии: место и роль гомеопатии в системе современного здравоохранения»

Программа Конгресса, проводимого в год 250-летия со дня рождения С. Ганеманна, будет посвящена вопросам классической и современной гомеопатии, гомеопатической фармации, их месте и роли в системе здравоохранения современного общества. Будут рассмотрены частные вопросы гомеопатии, возможности разработки новых направлений в диагностике патологий, заболеваний, их осложнений и отдаленных последствий; создания, выявления новых лекарственных средств и отработки методик использования лечебных и профилактических программ в области гомеопатии

Культурная программа: 1) Экскурсия Мейсен – Дрезден.

2) Экскурсия в Париж

29-30 апреля 2006 г., Ганновер

конгресс «Функциональное питание для восстановительной медицины»

Ключевые разделы программы: патологические состояния в гастроэнтерологии и гепатологии, разработка новых лечебно-оздоровительных методов и средств, оценка клинической эффективности использования продуктов здоровья для восстановительной терапии; схемы реабилитации, сочетающие функциональное питание с природными соногенными факторами. А также лечебное питание, диеты и голодание, микробиология пищевых продуктов, микробиоценозы человека и многое другое.

Культурная программа: Северная Италия (озеро Гарда, Верона, Венеция)

В мае 2006 (ориентировочные даты: 7 - 14 мая), Берлин

Поездка по памятным местам, связанным с жизнью Сэмюэля Ганеманна.

Мы разработали программу поездки, выбрав для Вас наиболее значительные и интересные места, где разворачивались важные и порой драматические события жизни великого гомеопата: Мейсен, Лейпциг, Дрезден, Кётен, Париж.

Более подробную информацию Вы сможете получить на нашем сайте или непосредственно от членов Оргкомитета:

Tel. 49 (511) 390-6195 (Ганновер)

akademie2002@freenet.de

www.congress-euromedica.de

С уважением

Георгий Тыминский

Председатель секции Медицины