

ВЕСТНИК ГОМЕОПАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

№1 / 2007

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

Chief-editor:

MD Anton Popov
President of Ukraine
Homeopathic Association

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»

Юрий Викторович Зеленин
к.м.н., врач-гомеопат,
провизор-гомеопат (Харьков)

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

Компьютерный дизайн и верстка:
Анатолий Васильевич Куров

Editorial board:

MD Tatjana Popova

MD Zoja Dergachova
Director of Ukraine
Homeopathic Association

MD Grigory Simonenko
National Medical University

MD Irina Pozmogova

MD, MPh Yriy Zelenin
Charkov

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: Ukrainian Homeopathic Association
Украина, 01032, Киев-32, а/я 176 post box 176, Kiev-32, 01032, Ukraine*

Посвящается памяти основателя
Киевской Гомеопатической Школы

Демьяна Владимировича Попова

Dedicated to
Dr Demian Popov,
the founder of
the Kiev Homeopathic School

РЕДАКЦИОННЫЙ РАЗДЕЛ

Уважаемые читатели, дорогие друзья и коллеги!

В редакторской колонке позволю себе кратко охарактеризовать содержание данного номера.

Давний друг нашего журнала известный румынский гомеопат Георги Журж опубликовал свою работу о роли миазмов в гомеопатии. Автор раскрывает исторические причины возникновения этой теории, а также некоторые ее современные аспекты. Больше всего внимания уделено миазматическому пониманию кожной патологии. Работа представляет собой системное изложение проблемы, описание стадий и слоев миазматических болезней, типов их клинического проявления. Приятно отметить, что доказывая какое большое значение имеют миазмы для гомеопатической терапии, Журж отдает должное и противоположной точке зрения – отрицанию миазматической теории многими выдающимися гомеопатическими авторитетами.

Достаточно широкая и дискуссионная тема: «гомеопатия и вакцинация» представлена в данном выпуске сразу несколькими оригинальными работами. Немецкий автор Питер Алекс приводит обзор научных работ о вакцинальных повреждениях, включая собственные данные. В статье З.Н. Дергачевой (Украина) содержится интересная информация о птичьем гриппе, а также обобщается опыт применения оциллококцина для лечения острых респираторных вирусных инфекций. О результатах независимого исследования эффективности одной из вакцин против гриппа свидетельствует материал Ю.В. Зеленина (Украина).

Но главная интрига данного номера журнала – дискуссия, развернувшаяся вокруг перевода на русский язык «Репертория» Дж. Т. Кента. Возникшие разногласия вызваны не только экономическими и моральными интересами, но, что гораздо более ценно, желанием добиться большего соответствия с оригиналом. А также облегчить пользователям обращение с великим наследием Кента. Одним из оппонентов, выступившим в роли «стороны обвинения» является автор первого перевода

«Репертория» на русский язык – Е. Ю. Филин (Россия). «Сторону защиты» представляют целый коллектив, выполнивший новую версию перевода: Дмитриев В.К., Яновский О.Г., Королева Н.А., Метакса Е.Е., Натахин М.В. (Россия).

Раздел «Материя Медика» представлен материалом о влиянии гонококкового анатоксина на организм человека (Н.В. Гой Украина). Автором проведен анализ симптомов из трудов К. Геринга.

В разделе «Случаи из практики» опубликованы клинические наблюдения Т.Д. Поповой, О.В. Гусаковой и А.В. Попова. Первый случай иллюстрирует связь болезненных явлений с заявленной выше темой – вакцинацией. Другие – показывают возможности гомеопатического лечения хронического бронхита и гипертонической болезни, а также ценность одного «хорошего» симптома перед совокупностью «общих признаков».

Отдавая дань прошлому мы публикуем заметки доктора В.В. Соловьева о лечении рахита, впервые опубликованные в журнале «Врач-гомеопат» в 1911 году.

Литературное творчество гомеопатов представлено рассказом А.Я. Катина. Надеюсь, он заставит вас улыбнуться и отдохнуть от слишком бурных дискуссий и слишком серьезных статей этого выпуска.

Главный редактор

А. Попов

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ДИСКУССИИ

РОЛЬ МИАЗМОВ В ГОМЕОПАТИИ

Журж Г.

Врач-гомеопат, Румыния

*«Мы замечаем только то, что уже знаем».
«Становление гомеопата – это процесс
индивидуального потенцирования.
Мы начинаем с материнской настойки
и медленно повышаем свое сознание
с помощью встряхивания и разведения»*

Дж. Шерр

1. Как Ганеман пришел к идее миазмов

«В 1816-1817 г.г. я работал день и ночь, изучая причины неэффективности лечения хронических заболеваний гомеопатическими лекарствами. Я пытался найти наиболее правдивое объяснение причин хронических заболеваний, которые оставались неизлеченными вопреки, несомненно, правдивой гомеопатической доктрине. ...После непрерывных размышлений и исследований, тщательных наблюдений и скрупулезных экспериментов я обнаружил, что невенерические хронические заболевания вновь возвращались после успешно проведенного лечения с помощью гомеопатических лекарств, вновь появлялись в более или менее измененной форме с выраженным усилением прежних симптомов. Этот феномен доказал мне, что проявления, составляющие видимую часть болезни не должны рассматриваться как вся болезнь, а только ее часть; в противном случае, гомеопатическое лечение проводилось бы постоянно, что не является решением проблемы. ... Но видимая часть болезни является всего лишь частью глубоко сидящего первичного зла, об огромных объемах

которого можно судить по новым симптомам, которые проявляются, время от времени.

Это доказало мне, что практикующему гомеопату не следует относиться к различным проявлениям болезни как к отдельным заболеваниям, не нужно постоянно лечить различные проявления болезни во избежание появления симптомов в их первоначальном или измененном виде. Я убедился, что подбор одного лекарства, симптомы которого покрывают симптомы пациента, характеризующие расстройство в целом – это нахождение симптомов, свойственных первичной болезни. Найденный препарат сможет излечить болезнь полностью, со всеми ее последующими симптомами и бесконечной сменой проявлений. ...Это первичное заболевание, очевидно, обязано своим существованием хроническому миазму».

2. Что означает «миазм»

Miasma (греч.) – пятно, загрязнение, осквернение.

Дословно миазм означает:

- зловонные испарения, ранее считавшиеся возбудителями болезни;
- неприятное влияние атмосферы;
- нездоровое испарение;
- загрязненный материал;
- сгнившие овощи;
- испаряющаяся инфекция от человеческого тела;
- инфицированный материал;
- личинки мух.

3. Типы хронических миазматических болезней

Миазматические болезни бывают простые:

- псора,
- сикоз,
- сифилис

и смешанные:

- псора-сикоз,
- псора-сифилис,
- сикоз-сифилис,
- псора-сифилис-сикоз.

Ганеман о смешанных миазмах рассуждал так: «... – Если псора у пациента ранее была латентной, то мы часто видим ее манифестацию уже осложненную сикозом. Если перед нами трудноизлечимый случай венерической язвы, то в основе болезни лежат два миазма (псора и сифилис)». Далее в «Хронических болезнях» основатель гомеопатии также высказал свое мнение по данному вопросу: «Чистый сифилис, который лечится дозой *Mercurius*, или сикоз, с определенными трудностями поддающийся нескольким дозам *Thuja* и *Nitricum acidum*, превращаются в трудноизлечимые заболевания, если они осложнены псорой».

Влияние аллопатической терапии в случае сочетания миазмов комментирует Дж.Г. Аллен: «Если подавляющее лечение проводится в организме, в котором присутствуют два или более миазма, то отмечается усиление их проявлений».

4. По наличию или отсутствию клинических проявлений миазмы бывают латентными и манифестными

Манифестный миазм обусловлен манифестными заболеваниями. В случае острого миазма – это инфекционные и эпидемические болезни, а в случае хронического – хронические болезни.

Латентный миазм представляет из себя стертые, торпидные бессимптомные или малосимптомные варианты (одна сторона или часть болезни), или мелкие быстро меняющиеся и скоро исчезающие симптомы: «никогда не чувствую себя хорошо». Обычно в таких случаях хорошо выражена причинная связь: «плохо с тех пор как».

5. Слои миазматических болезней

В миазматических болезнях различают три условных слоя. Первичный слой унаследованный или контактно приобретенный, наследственная миазматическая отягощенность. Вторичный слой возник вследствие естественного течения болезни или из-за новых нарушений. Это могут быть события, вызвавшие изменения психики, физиологические процессы, либо патологические ситуации в жизни человека. Третичный слой – это «подсознательные

причины», которые могут иметь ятрогенный характер или быть следствием нездорового образа жизни.

Первичный слой миазма обусловлен миазматическими склонностями – особенностями метаболических, иммунологических, гормональных и других реакций организма. Генетически наследуемая конституция, врожденные особенности реактивности являются основой для развития определенного миазма. Миазматическая отягощенность родителей является предпосылкой для развития аналогичных миазмов у детей. Каждый из нас представитель рода человеческого, в определенном смысле – «концентрированная история». Мы наследуем все: болезни, характер, мышление родителей и родственников. Поколения сменяются, миазмы остаются. Это чрезвычайно важно помнить при лечении детей.

Вторичный слой миазма обусловлен миазматическими событиями. Каждое заболевание или событие в жизни, которое меняет индивидуальные особенности реакций организма надолго, и есть «миазматическое событие». Если травма или какое-то острое заболевание становятся такими факторами, то они могут изменить все типы реакций и добавить к первичному миазму вторичный слой. Если ребенок пострадал от травмы в первые часы жизни, то первичный миазм будет отягощен этим событием (например, асфиксия вследствие обвития пуповиной).

Третичный слой миазма обусловлен последствиями грубых, насильственных изменений природы человека вследствие нездорового образа жизни и «усилий» современной медицины. Из ятрогенных факторов следует отметить, в первую очередь, необоснованную вакцинацию, лечение с использованием мощных химиотерапевтических средств, гормонов, пренебрежение естественными механизмами выздоровления. Недостаток витаминов, минералов, отдыха, контакта с природой, всех факторов, восстанавливающих душевное и физическое равновесие. Сюда же относятся экологические причины: химическое и радиационное загрязнение, высокий уровень шума, запыленности, недоброкачественная еда и условия проживания. Загрязнению внутренней среды человека, активно способствуют стрессы, негативное влияние многих средств массовой информации.

6. Стадии развития миазматических болезней

Все миазматические болезни в своем развитии проходят три стадии:

- ❑ стадия «инфицирования» и реакции ее сопровождающие;
- ❑ стадия «сенсibilизации», возникает после исчезновения симптомов первичной стадии;
- ❑ все страдания, проявляющиеся спустя длительное время.

Эти стадии были описаны Ганеманом в «Хронических болезнях»: *«... Относительно первопричин миазматических болезней есть три различных момента, которые нужно рассмотреть детально: первый – период инфицирования; второй - период, в течение которого, в целостном организме скрытно развивается полученная болезнь; и третий – период, когда заканчивается развитие болезни, и проявляются внешние, видимые признаки нездоровья. Таким образом, природа демонстрирует завершение развития миазматической болезни, поразившей весь организм».* Что же касается временного интервала, необходимого для «инфицирования» миазмом, то Ганеман выразился так: *«Миазматическая болезнь несомненно внедряется в организм одномоментно».*

7. Гомеопатическое лечение хронических и острых случаев

Острые заболевания рассматриваются в горизонтальном срезе. Горизонтальный срез – это поиск симптомов, отражающих острое состояние на физическом и ментальном уровне. В результате для назначения выбирается острое, ситуационное лекарство.

Хронические заболевания должны рассматриваться в вертикальном срезе. Вертикальный срез – это поиск симптомов, повторяющихся на протяжении жизни человека, его история болезни, семейный анамнез, события, изменившие жизнь. В результате анализа этих данных мы получаем миазматический препарат.

Говоря о роли миазмов для гомеопатического лечения, можно привести высказывание Дж.Г. Аллена: *«Когда мы начинаем глубоко понимать миазмы, то отбираем только миазматические симптомы. Основывая на них назначения, мы добираемся до первопричины, до миазма в целом, который и проявляется как заболевание, а не лечим только вторичные или*

третичные проявления миазма. Если мы беремся лечить истинные хронические болезни, мы должны помнить, что они являются миазматическими проявлениями. Мы не получим устойчивого результата до тех пор, пока мы не будем основывать наши предписания на действительных (правдивых) миазматических симптомах. Любая хроническая болезнь обусловлена миазмом». «Важно помнить, что катаральные выделения являются полезным дренажом и без восстановления нормальной функции выделения эффективное лечение невозможно. При подавлении дренажной функции организма неотвратимо развиваются вторая и третья стадии миазматической болезни».

При этом по мнению Аллена, очень важно не только правильно выбрать сам миазматический препарат, но и необходимую величину потенцирования. *«Высокие потенции весьма эффективны при лечении подавленных заболеваний. Низкие потенции в таких случаях редко дают желаемый результат. Подавленная болезнь прочно соединена с жизненной силой, и только высокие потенции проникают достаточно глубоко, чтобы разорвать эту связь».*

Дж.Г. Аллен утверждал, что функциональные расстройства являются предвестниками различной патологии. Но патологические процессы не являются первопричиной болезни. За патологическими проявлениями существует что-то более глубинное в каждом случае. Хотя патология при ее развитии может неотвратимо вести к смерти.

8. Теория миазмов в гомеопатической практике

Эволюционируя, миазмы проникают вглубь, дезорганизуя защитные и компенсаторные механизмы организма. Этот процесс длится, пока жизненная сила сдерживает разрушительную силу миазма. Здоровый образ жизни, правильное отношение к стрессу, питание, натуральные методы лечения могут остановить и повернуть вспять развитие миазма.

Для нас очень важна правильная оценка направления лечения. В ходе гомеопатической терапии происходит последовательное удаление миазматических слоев. Законы Геринга позволяют судить о правильности движения симптомов.

Во многих случаях лечения мы имеем дело с сочетанием различных миазмов. Об этой проблеме Ганеман высказался так: *«Я имел в своей практике случаи сочетания трех хронических миазмов, которые были излечены так: вначале лечилась псора; затем тот из миазмов, симптомы которого в это время преобладали, затем последний. Наиболее стойкие псорические симптомы после назначения подходящего лекарства сохранялись пока оставались симптомы сикоза или сифилиса. Начинать лечение следует с антипсорического средства, затем использовать антисикотическое, которое наилучшим образом подготовит организм к даче антисифилитического препарата. Последовательное лечение может быть продолжено до полного излечения».*

Известно, что Ганеман говорил только о трех миазмах – псоре, сикозе, сифилисе. Туберкулиновый миазм был внесен в теорию миазмов гораздо позже. Раковый миазм («канцер») в настоящее время считается конечной точкой всех миазмов. Р. Шанкаран добавил еще несколько миазмов, наделив их определенными значениями. Острый – паника, тиф – критическое состояние, псора – борьба, круглые глисты – попытка, сикоз – фиксация, туберкулин – перемены, лепра – изоляция, сифилис – деструкция, канцер – совершенство.

Однако, некоторые гомеопаты не придают большого значения миазмам. Вот, например, мнение Массимо Мангиалавори: *«Бесконечные дискуссии вокруг теории миазмов Ганемана свидетельствуют о том, что до сих пор никто не осознал ее практического значения. Я не учитываю миазмы, поскольку это только теория, не имеющая ничего общего с современной действительностью. Она имеет ценность лишь в историческом плане»* (Amer. Hom., 1999). Дж. Витулкас в интервью тому же источнику информации сказал: *«Я не приемлю теорий, не имеющих бесспорных доказательств. Я не приемлю понятия миазм, как это делали Ганеман и Кент. Идея, что есть несколько уровней болезни, которые должно лечить несколькими лекарствами – истина. Идея, что Вы должны вначале обнаружить миазм для того, чтобы правильно лечить – ложь»* (Amer. Hom., 1999).

9. Современные миазмы

Со времен Ганемана болезни радикально изменились. Теория миазмов не нужна для лечения таких болезней как чесотка, гонорея, сифилис. Она важна для понимания способа реагирования организма при хронической болезни. Именно в этом контексте она имеет исключительное значение, т.к. большинство хронических болезней имеют сочетание нескольких миазмов.

Чем сегодняшняя патология отличается от патологии десятилетней давности? Произошло существенное изменение болезней, так как современная медицина настроена на постоянное подавление проявлений болезни мощными средствами, искусственной диетой, гигиеной, образом жизни и т.п.

Современной псоре не придают большого значения, она, как правило, грубо подавляется. Уртикарная сыпь лечится антигистаминными препаратами, общее переохлаждение – антибиотиками, а интенсивная терапия дополняется кортикостероидами. Поэтому произошло превращение первичной зудящей псоры в аллергические заболевания. Огромное число случаев сикоза возникло вместо естественной псоры вследствие вмешательства аллопатической медицины.

Современный сикоз «стал более молодым», его можно наблюдать уже в детстве. При этом проявления этого миазма усиливаются современной медициной (прививки, антибиотики, гормонотерапия). Сикоз – это наиболее распространенный миазм во всех возрастных группах, особенно у женщин (вследствие гормональной контрацепции, оперативного удаления узлов, полипов, папиллом, прижиганий и т.п.). Ментальные аспекты сикоза так же усилились – это неудовлетворенность, навязчивые идеи, одержимость, агрессивность мышления.

Современный сифилитический миазм так же «омолодился» и стал гораздо более часто встречаться на практике. Это обусловлено тем, что дети получают лечение еще до рождения, наблюдается активное, а часто и агрессивное ведение беременности. Все чаще беременность наступает неестественным путем (имеется в виду экстракорпоральное оплодотворение и другие репродуктивные технологии). Генетические повреждения все чаще наступают вследствие

неблагоприятной экологической обстановки, насилия во всех формах, применения жестоких методов лечения: облучения, химиотерапии, иммуносупрессоров.

Современный раковый миазм обусловлен разрушительным влиянием всех видов загрязнений. Мы наблюдаем многочисленные случаи злоупотребления алкоголем, наркомании, сильнодействующими лекарствами, влияющими на геном. Социальное насилие, изоляция личности, низвержение моральных и человеческих ценностей ведет к бессмысленности существования. В раковом миазме мы видим объединение онкологических процессов, лейкозов, демиелинизирующих заболеваний центральной нервной системы, коллагенозов, СПИДа и других разрушительных болезней.

Каждый миазм имеет свои характерные симптомы. Наиболее специфичными являются симптомы поражения кожи, ментальные симптомы и их эволюция. Еще Ганеман описал такие характеристики кожных проявлений миазмов, как зуд при псоре, разрастания при сикозе и язвы (шанкр) при сифилисе. Кожные проявления легко может увидеть каждый непредвзятый наблюдатель. Именно по ним можно судить о наличии или преобладании в организме того или иного миазма, а также различить этапы и слои миазмов. Поэтому историю жизни пациента я позволяю себе называть «открытой картой».

10. Псора

Проявления псоры поистине масштабны. Что касается кожи, то это зудящие сыпи со следами расчесов. Модальности: ухудшения от тепла и воды. Частым этиологическим фактором служат кожные паразиты: грибы и микробы. Их патологическое воздействие усиливается аллергическими реакциями. Наследственная псора проявляется у прямых родственников аллергическими заболеваниями. Ключевое понятие для понимания этих состояний «недостаточность реакции». Недостаточные реакции – это задержка развития, иммунодефицит, ферментативная недостаточность и т.д. На ментальном уровне главными проявлениями псоры служат раздражительность и беспокойство.

Наиболее частые проявления первичной псоры у детей на первом году жизни: пузырьковые высыпания. Они

локализованы в поверхностном слое кожи. Чаще всего это эритема, макуло-папулезная и везикулезная сыпи. Основные гомеопатические средства: Apis, Belladonna, Urtica, Viola tricolor.

Многие первичные симптомы псоры у детей могут являться следствием паразитарной инвазии: аскариды, лямблии и т.п. Главными проявлениями служат: уртикарные высыпания, раздражительность, отставание в росте и развитии. Основные гомеопатические средства: Cina, Spigelia, Cuprum, Indigo, Terebenthina.

При развитии первичной псоры, чему часто способствует терапия подавления, возникают признаки вторичной псоры на коже: везикулы, корки, пустулы, фурункулы, экзема. Появляется высокая периферическая чувствительность, периодически локальные проявления аллергии (например, сенная лихорадка). Возникает тенденция к проникновению патологического процесса вглубь (например, вслед за насморком появляется астма, а затем возникает ревматизм).

Третичная псора наиболее часто проявляется в виде кожно-респираторных, кожно-интестинальных, кожно-костно-суставных синдромах и иммунных болезнях всех видов. Наиболее типичным примером является псориаз.

В развитии миазма большую роль отводят наследственной псоре, например наследственной атопии.

11. Псорические лекарственные средства

Главное миазматическое лекарство для псоры – Sulphur. Нам не следует забывать знаменитое изречение Ганемана: «*Sulphur – это псора, псора – это Sulphur*».

Из нозодов наиболее часто используется Psorinum, реже используемые нозоды: Lambliа, Охуrис. Главные, «большие» средства (полихресты): Calcareа, Lycopodium, Arsenicum.

Антипсорические препараты можно дифференцировать по ряду простых параметров:

- толстые: Antimonium crudum, Barium carbonicum, Zincum, Graphites.
- худые: Arsenicum, Arsenicum iodatum, Carbo vegetabilis, Hepar sulphuris.

-
- жаркие: Aconitum, Belladonna, Bryonia, Arsenicum iodatum, Antimonium crudum.
 - зябкие: Arsenicum, Silicea, Petroleum, Graphites, Carbo vegetabilis, Alumina.

«Малые» антипсорихи, так называемые «органотропные препараты»:

- для кожи: Urtica, Berberis, Solidago, Oleander, Viola, Fumaria, Saponaria.
- при аллергии: Sabadilla, Allium cepa, Euphrasia.
- расстройства пищеварения: Chelidonium, Taraxacum, Carduus marianus.
- патология суставов: Colchicum, Benzoicum acidum, Ledum.

12. Сикоз

Главной характеристикой сикоза является избыток, гиперпродукция. Избыток всех типов секретов и выделений. Разрастания и новообразования: невусы (родинки), бородавки, кисты. Повышенная пролиферация тканей и полнокровие. Избыточное ороговение, оволосение, потливость, себорея. Признаки поражения мочеполовой системы. Снижение иммунного статуса. Главные психические признаки сикоза – одержимость, страхи, заблуждения (ощущения «как будто»), бесчувственность, скрытность. Этиологией сикоза часто служат инфекции: Chlamydia, Candida, Papiloma вирусы и некоторые другие. Из других причинных факторов следует отметить вакцинозы, гормонотерапию (в том числе с целью контрацепции), нерациональную антибактериальную терапию, оперативное удаление тканей и органов, искусственную пищу.

Первичный сикоз проявляется выделениями из носа (хронический насморк), выделениями из уретры и влагалища, генитальным герпесом, болезнями, передающимися половым путем. А также в виде разрастаний кондилом, папиллом, бородавок.

В результате подавления первичного сикоза развивается его вторичная форма. Выделения из половых органов подавляются антибиотиками, новорожденным проводят профилактику гонококкового конъюнктивита азотнокислым серебром, у взрослых часто удаляют бородавки и другие разрастания и т.д. Появлению вторичного сикоза способствует

проведение неестественной иммунной сверхстимуляции, широкое использование гормонов, ведение нерационального образа жизни (чрезмерные нагрузки, стрессы, еда, сексуальная революция, химические вещества и т.п.).

Проявления вторичного сикоза: липомы, кисты, фиброаденомы, мокнущая экзема с гиперсекрецией (*Dulcamara*, *Oleander*, *Mezereum*, *Graphites*, *Sarsaparilla*). Сюда же относятся болезни сопровождающиеся гиперкератозом (*Antimonium crudum*, *Petroleum*, *Nitricum acidum*).

На метаболическом уровне вторичный сикоз проявляется в виде целого ряда биохимических изменений в обмене веществ. Развивается гиперхолестеринемия, гипергликемия, избыточный вес.

Мочеполовой сикоз характеризуется рецидивирующими мочеполовыми инфекциями. Сосудистый сикоз проявляет себя образованием холестериновых бляшек, развитием атероматоза. Доброкачественные опухоли (фибромы, аденомы, кисты) являются проявлениями клеточного сикоза.

Наследственный сикоз проявляется в ранние периоды жизни. Это может быть экзема новорожденных (*Medorrhinum*), новообразования у детей; эндокринологическая патология (например, диабет I типа в раннем детском возрасте).

Сикотические периоды жизни: юность, активный детородный возраст, климактерий.

13. Сикотические лекарственные средства

Главное сикотическое лекарство – *Thuia*. Вновь процитируем основателя нашего учения: *«Сикотическая гонорея излечивается приемом внутрь Thuja, которая гомеопатична этой болезни, благодаря одной дозе в 30-й потенции»*.

Главный нозод: *Medorrhinum*, реже используемые нозоды: *Gonotoxinum*, *Variolinum*, *Vaccinotoxinum*, *Malandrinum*, *Chlamydia*, *Candida*, *Herpes*.

Главные, «большие» средства (полихресты): *Silicea*, *Argentum nitricum*, *Antimonium crudum*, *Graphites*. Гидрогеноидные средства: *Natrium sulphuricum*, *Dulcamara*, *Nitricum acidum*, *Causticum*.

Некоторые «малые» антисикотики, имеющие локальные показания для применения:

- кожный сикоз: Sarsaparilla, Selenium, Mezereum;
- биллиарный сикоз: Chelidoneum, Taraxacum;
- генитальный сикоз: Sabina, Helonias, Thlaspi, Agnus;
- матка: Clematis, Fraxinus, Aristolochia, Aurum muriaticum natronatum;
- молочные железы: Asterias, Conium;
- простата: Sabal, Chimaphila;
- сосудистый сикоз: Aesculus, Hamamelis, Collinsonia, Peonia.

14. Сифилис

Сифилис является деструктивным миазмом на местном и общем уровнях. Главными его проявлениями являются деструкция и разрушения. Характерны гнойные процессы на коже и слизистых оболочках: тонзиллит, ринит, синусит, язвы всех типов, афты (на коже и слизистых). Наблюдаются деструктивные повреждения органов: фиброз, артрозы, нефрит, цирроз и т.п. Неврологические расстройства: параличи, невралгии, болезнь Альцгеймера. Развиваются аутоиммунные болезни. Характерны грубые симптомы, которые проявляют себя во внешних признаках, метаболических нарушениях, патологическом поведении человека. Преобладают ночные симптомы. Понятие «насилие» существует на всех уровнях – это социальное, семейное, религиозное, политическое насилие, «порочный круг насилия». Психологические признаки сифилиса: гордость, ревность, похоть, агрессия, деструктивные депрессии, суицид.

Первичный сифилис в детском возрасте часто проявляется гнойным тонзиллитом стрептококковой этиологии или последствиями стрептококковой инфекции, синуситами, афтами, гнойными акне.

Вторичный сифилитический миазм находит свое выражение в виде безболезненных высыпаний без зуда, а также невралгий любых типов («неврологический» сифилис). Характерны заболевания костей и суставов («костно-суставной сифилис»). Развиваются тяжелые заболевания крови: тромбоцитопения, гемолитические анемии, лейкопения

(«сифилис крови»). Изъязвления слизистых оболочек: болезнь Крона, язвы роговицы.

Третичный сифилитический миазм означает дегенеративные заболевания нервной системы, такие как миастения, болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз, невропатии. Внутриутробно перенесенные нейроинфекции, приводящие к слабоумию и врожденным уродствам (краснуха, токсоплазмоз). Сюда же относятся и хромосомные болезни – гемофилия, фенилкетонурия. Миазматическое нарушение развития у детей (стигмы дисэмбриогенеза) проявляется в виде деформации костей и зубов.

15. Сифилитические лекарственные средства.

Главное сифилитическое лекарство Mercurius.

Главный нозод: Syphillinum (Luesinum), реже используемые нозоды: Hydrophobinum, Streptococcinum, Staphilococcinum, Duphterinum.

Кроме растворимой ртути часто используются ее соединения: Mercurius cyanatus, Mercurius dulcis, Mercurius iodatus flavus, Cinnabaris и другие.

Большую роль играют калийные препараты: Kali bichromicum, Kali sulphuricum, Kali iodatum, Kali arsenicosum, Kali carbonicum. Другие металлы: Aurum, Argentum, Platina, Palladium, Cuprum. Кислоты: Phosphoricum, Sulphuricum, Aceticum, Nitricum.

Из препаратов животного царства прежде всего следует отметить змеиные яды: Lachesis, Naja, Bothrops, Elaps, Vipera, из пауков: Tarentula.

Среди лекарств из царства растений в отношении сифилитического миазма наиболее эффективны такие средства, как Stramonium, Hyosciamus, Veratrum, Phytolacca, Mezereum, Hydrastis, Laurocerasus, Stillingia.

В заключение следует сказать, что большинство лекарств лечит болезнь на всех стадиях развития миазмов. Иными словами, они являются для пациента на первой стадии – псорическими, затем сикотическими и т.д. Обострение болезни ускоряет прохождение лекарств через миазмы.

Перевод В. Дергачевой

ОТ РЕДАКТОРА:

Мы выносим на суд наших читателей ряд статей, посвященных проблеме вакцинации. Хотелось бы подчеркнуть, что гомеопатия, как наука (в отличие от некоторых ее представителей) не выступает против другой медицинской науки, именуемой вакцинологией. Упрощение проблемы и сторонниками и противниками вакцинации не приближает нас к ее решению. Вакцины неизбежно небезопасны, причем в более широком смысле, чем предусматривают сегодняшние научные классификации (см. случай из практики Т.Д. Поповой). Но учет и обобщение вакцинальных повреждений не ведется на должном уровне, а их количество занижается. Если это происходит даже в Германии (см. статью П. Алекса), то можно представить, какая ситуация в Украине.

Вакцины далеко не столь эффективны, как это обещает их недобросовестная реклама (см. статью Ю.В. Зеленина). Задачей врача, в том числе врача-гомеопата является максимально полное, но непредвзятое информирование клиентов о достоинствах и недостатках тех или иных вакцин. Кроме того, это предотвращение и терапия вакцинальных повреждений на всех уровнях с помощью гомеопатии. И, конечно, профилактика и лечение некоторых инфекционных заболеваний, в частности гриппа (см. статью З.Н. Дергачевой).

Еще одним аспектом вакцинации является ее экономическая подоплека. Именно среди торговцев вакцинами я услышал выражение: «быстрые деньги». При этом экономические интересы отдельных граждан (в том числе и чиновников от медицины) удивительным образом сочетаются с политическими интересами государства: «Мы вас защитим!». Ибо защитить другим способом политики если и хотят, то пока не могут – альтернативой вакцинации в широком смысле является высокий уровень жизни населения...

ДИАГНОСТИКА И ГОМЕОПАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ВАКЦИНОЗОВ
(СТАТИСТИКА 6 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЙ, ВКЛЮЧАЯ АНАЛИЗ
МЕЖДУНАРОДНЫХ ДАННЫХ)

Алекс Питер
Врач-гомеопат ветеринарной медицины,
Мокрегха, Германия

1. Ситуация в Германии согласно официальным данным

Регистрация вакцинозов определяется требованиями Закона «О профилактике инфекционных болезней» (введен в действие 1.01.2001). §11 этого документа гласит: *«...В любом случае, подозрительном на проявление нежелательного действия вакцин подается информация в местную медицинскую администрацию по месту проживания пострадавшего пациента. Местная администрация обязана немедленно передать эти данные в Федеральный центр по изучению сывороток и вакцин»* (Институт Пауля Эрлиха).

Вышеуказанным Законом вводится и само определение понятия «нежелательный эффект от вакцинации» (Закон «О профилактике инфекционных болезней»). *«Вакцинальное повреждение – это реакция, наблюдающаяся после прививки и после общих явлений, таких как гипертермия один или несколько дней, отек и покраснение места инъекции, нарушение общего самочувствия в течение нескольких дней...»*.

Закон декларирует обязанность каждого врача, занимающегося проведением прививок предоставить пациенту необходимые сведения о нежелательных эффектах вакцинации. *«Перед проведением любой вакцинации доктор обязан всесторонне информировать пациента (или его родителей) о возможных тяжелых последствиях действия вакцины, несмотря на то, что осложнения встречаются чрезвычайно редко»*. Этот параграф Закона внесен благодаря авторитетному мнению Хайнца-Йозефа Шмидта, председателя Национальной Комиссии по вакцинации. Однако практика показывает, что медицинские работники часто игнорируют это требование или выполняют его формально.

2. Проявления нежелательного действия вакцин

-
- ▣ Согласно данным различных авторов, 1 случай нежелательного действия вакцин встречается в среднем на 140 случаев прививок (на практике автор наблюдал развитие у 6,8% пациентов хронических страданий, похожих на вакцинальное повреждение, из общего числа в 1600 наблюдений).
 - ▣ Меньше 5% от всех случаев нежелательного действия вакцин были переданы в Германии в Национальный центр по вакцинациям, несмотря на то, что врачи обязаны это делать согласно Закону о профилактике инфекционных болезней!
 - ▣ В Германии, насчитывающей 80 млн жителей ежегодно случаются 22200 случаев вакцинальных повреждений, из них – 350 с летальным исходом.

3. Диагностика нежелательного действия вакцин в практической работе

В первую очередь необходимо провести гомеопатическое рассмотрение случая с выяснением причины возникновения каждой болезни или симптома. Далее необходимо сравнение времени возникновения страданий с датой проведения вакцинации согласно медицинским документам. У взрослых людей такое сопоставление крайне затруднительно, если вообще возможно. Кроме того, картина часто запутывается в случае длительно существующих болезней. По моему опыту и данным медицинской литературы чаще всего начало вакцинального повреждения наступает через 5 дней после прививки (103 случая), включая отек мозга, смерть, и в срок до 5 месяцев (типичное облысение после вакцинации от тифа).

Вакцинальное повреждение может служить отправным пунктом для развития многих патологических состояний и процессов. Здесь уместно привести мнение самого основателя гомеопатии: *«Наиболее вероятной пусковой причиной острой болезни, служащей врачу указанием для лечения, также как и для нахождения главных моментов в истории болезни длительно существующего заболевания является существование хронического миазма...»* С. Ганеман «Органон врачебного искусства» 6-е издание, §5.

На практике следует сравнить имеющиеся симптомы, подозрительные на связь с вакцинацией с официальной информацией о побочном действии вакцин согласно имеющейся инструкции. Кроме того, в Германии можно получить информацию непосредственно от производителей вакцин, а также воспользоваться доступными данными в международной литературе.

4. Основные причины смертности в Западной Европе и США
(по данным журнала Американской медицинской Ассоциации)

- ▣ 1. Рак
- ▣ 2. Сердечно-сосудистые заболевания
- ▣ 3. Осложнения лечения (около 60 тысяч случаев в США и 25 тысяч в Германии ежегодно, согласно официальной статистике)

5. Обзор международной литературы (в историческом аспекте)
Из наиболее важных источников информации, имеющих также историческое значение можно указать следующие:

- Д-р Джеймс Бурнетт (James Compton Burnett) (Англия) «Вакцинозы и их гомеопатическое лечение Thuja» (1884).
- Д-р Чарльз Крейгтон (Charles Creighton) (Англия) «История эпидемий в Британии».
- Проф. Эдгар Крукшанк (Edgar March Crookshank) (Англия) «История и патология вакцинаций» (1889).

6. Обзор международной литературы (современные авторы)
Наиболее авторитетными источниками информации, на мой взгляд, являются труды таких авторов:

- Д-р Герхард Бухвальд (Gerhard Buchwald) (Германия)
- Проф. Вольфганг Эхренгут (Wolfgang Ehrengut) (Германия)
- Д-р Штефан Рабе (Steffen Rabe) (Германия)
- Д-р Консуэло Албонико (Hansueli Albonico)
- Д-р Тинус Смит (Tinus Smits) (Голландия)
- Д-р Ричард Московитц (Richard Moskovitz) (США)
- Д-ра ветеринарии Штефан Тобин и Ричард Питкаирн Stephen Tobin, Richard Pitcairn (США)
- Д-р философии Харрис Култер (Harris Coulter) (США)

➤ Д-р философии Исаак Голден (Isaac Golden) (Австралия)

7. Клинические симптомы, возникающие вследствие
вакцинации

Прежде всего, следует провести сравнительное изучение вакцинированных и не вакцинированных детей из одной социальной среды для выявления возможных различий в состоянии здоровья. Петра Кортел (Cortiel, Petra) (Австрия) провела подобное ретроспективное изучение 1200 детей в Австрии, Германии и Новой Зеландии. Исследования проводились на протяжении 6 лет (1999-2005 году). Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Диагноз	Вакцинированные и не вакцинированные дети (Германия, Австрия, Швейцария)	Не вакцинированные дети (Германия, Австрия, Швейцария)
Общее число аллергических заболеваний	>25%	3%
Синдром Гиперактивности	>15%	0,8%
Астма, включая Аллергический бронхит	>12%	0%
Атопический дерматит, экзема, нейродермит	>15%	3%

8. Другие клинические наблюдения и факты из доступной литературы

-
- Не вакцинированные дети в 10 раз реже страдают от рецидивирующих бронхитов, средних отитов, тонзиллитов и других респираторных заболеваний.
 - Некоторые клинические диагнозы существуют только как побочные эффекты вакцинации и почти никогда не встречаются у не вакцинированных людей. В первую очередь это касается таких заболеваний, как аутизм и миалгический миофасцит.

9. Возможные стратегические направления гомеопатического лечения вакцинозов и вакцинальных повреждений

Клинические показания для назначения Thuja при поствакцинальных осложнениях были актуальными в XIX столетии, когда единственной проводившейся вакцинацией была прививка от оспы (К. Бурнетт, 1884). Однако такая практика является крайне недостаточной в современных условиях.

Другим важным предложением в отношении гомеопатического лечения вакцинозов является использование потенцированных вакцин. Согласно Т. Смиту (1998) их применение дает хорошие результаты. Однако данное утверждение разделяется далеко не всеми исследователями и практическими врачами. Гомеопатические препараты созданы из почти всех современных вакцин, хотя многие из них не прошли соответствующих гомеопатических испытаний.

Наилучший путь – применить истинную гомеопатию. Для этого следует руководствоваться хорошо известным §153 «Органона»: *«Для того, чтобы найти гомеопатическое средство, следует сравнить совокупность симптомов болезни с перечнем симптомов препарата и найти один из множества вариантов который окажет лечебное действие, при этом в первую очередь следует обращать внимание на странные, редкие и особенные симптомы случая...».*

К сожалению, в ряде случаев приходится констатировать, что мы не можем гомеопатическим путем оказать ощутимую помощь пациенту с вакцинозом. Особенно это касается тяжелых вакцинальных повреждений. В этом контексте мы снова можем опереться на высказывание основателя гомеопатии:

«...Отравления человеческого существования в результате применения аллопатического «искусства вреда» являются наиболее значимыми в большинстве хронических болезней, и если они прогрессируют до определенной степени, то становятся некурабельными по своей природе, и я утверждаю это – мы не в состоянии найти для них целительное средство» («Органон», §76).

В аспекте индивидуального гомеопатического подхода к лечению вакцинозов по данным моей практики, наиболее часто были использованы: *Belladonna*, *Helleborus*, *Silicea*, *Opium*, *Plumbum*. Хотя спектр примененных препаратов был крайне разнообразен.

В целях профилактики вакцинальных повреждений следует обратить внимание на лечение наследственных нарушений, которые могут приводить к повышенной чувствительности к вакцинам. По моим наблюдениям к такому предрасположению часто может приводить туберкулиновый миазм.

Кроме использования самих потенцированных вакцин можно думать о применении динамизированных химических ингредиентов, входящих в состав вакцинальных препаратов. Это такие средства, как *Aluminium phosphoricum*, *Mercurius*, *Carcinosinum*.

В заключение хочется привести мудрые слова С. Ганемана, которые безусловно имеют непосредственное отношение к рассматриваемой нами проблеме вакцинации. *«Он (доктор) также охранитель здоровья, если знает обстоятельства, которые расстраивают здоровье, причиняют и усиливают болезни и знает, как исключить их для здорового существования человека»* (Из предисловия к «Органону», §4).

Для своих пациентов, которые не хотят вакцинироваться, но в то же время предохранить себя от инфекционных заболеваний я советую изучить гомеопатическую литературу, начиная с С. Ганемана «Как предотвратить скарлатину» и заканчивая трудом Исаака Голдена «Гомеопатическая профилактика – 15 лет клинических исследований» (Тезисы докторской диссертации, Мельбурн, 2005).

ПТИЧИЙ ГРИПП (AVIAN INFLUENZA) И ГОМЕОПАТИЯ ПРИМЕНЕНИЕ ОЦИЛЛОКОКЦИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Дергачева З.Н.

к.м.н., исполнительный директор Ассоциации гомеопатов Украины.
Киев, Украина.

На протяжении своей истории гомеопатия доказала высокую эффективность в серьезных эпидемиях и пандемиях, таких как холера в России в начале XIX века или грипп «Испанка» 1919-1925 г.г.

Учитывая эти исторические факты, а также практический опыт, считаем важным широко информировать медицинскую общественность о возможности гомеопатического лечения и профилактики гриппа, в том числе и птичьего.

Из литературных источников известно, что американские гомеопаты в 1919-1925 г.г., во время второй волны «Испанки» наблюдали только 0,3% смертности среди своих пациентов, в то время как у сторонников аллопатического лечения этот показатель составлял 20%. Доктор Пьер Шмидт также сообщает, что во время эпидемии 1918-1919 г.г. в Швейцарии ни один «гомеопатический» пациент не умер от осложнений гриппа.

На протяжении многих лет гомеопатические средства широко используются для профилактики и лечения «обыкновенного» гриппа с высокой эффективностью. Подтверждением этому является многолетняя гомеопатическая практика, а также данные научных публикаций на эту тему.

Угрозу эпидемии птичьего гриппа связывают с вирусом H5N1. Это один из видов гриппа «А». Этот вирус очень сходен с вирусом (H3N8), вызвавшим пандемию 1918-1919 г.г., так называемую «Испанку», сопровождавшуюся высокой смертностью. Вирус «Испанки» незначительно отличался по аминокислотному составу от вируса, циркулировавшего у птиц в то время. Поэтому произошел очень быстрый переход эпидемии от птиц к человеку. Вирусы, подобные нынешнему, давно не циркулировали в человеческой среде. Существуют разные мнения на этот счет, но все же многие исследователи считают, что скорость мутации вируса недостаточна для

приобретения вирулентных свойств по отношению к человеку в ближайшие годы. Однако, существует реальная угроза возникновения эпидемии на птицефабриках, что может привести к тяжелым экономическим последствиям для многих стран, т.к. этот вирус приводит к высокой смертности цыплят. Промежуточными звеньями этой биологической цепи могут стать и другие животные – свиньи и коровы. Считается возможным, что переносчиками этого вируса могут быть дикие птицы, свиньи, коровы, устойчивые к нему. Известно, что первые 18 случаев птичьего гриппа и 6 смертей от него были зафиксированы в Гонконге в 1997 году. На сегодняшний день подтвержденное количество умерших от птичьего гриппа в мире насчитывает 65 человек. В 2005 году вирус птичьего гриппа выявлен у диких птиц в Восточной Европе.

Возможность предотвращения этого заболевания конвенциональная медицина связывает, прежде всего, с вакцинацией. Технологически процесс изготовления вакцин состоит из 10 трудоемких этапов и длится не менее 6 месяцев. Пока не будет получен вирус от больного человека – эффективную вакцину сделать не удастся. Но пока вакцина будет готова – вирус уже мутирует. Поэтому эффективность вакцинации может оказаться гораздо ниже запланированной. Утверждение сторонников вакцинации, что после прививки от гриппа будет наблюдаться меньше осложнений от интеркуррентных заболеваний является вопросом для дискуссии. Кроме того, как известно, каждая вакцина потенциально опасна развитием поствакцинальных реакций и осложнений.

Но и само производство вакцин на сегодня не может считаться адекватным потребностям населения. С сегодняшними возможностями фармакологической индустрии понадобится 10 лет, чтобы произвести достаточное количество вакцин всего лишь для 20% населения планеты.

Для лечения гриппа в аллопатической терапии используются противовирусные препараты, которые часто вызывают аллергию, малоэффективны, токсичны, не рекомендованы к применению у детей, а при назначении не дают гарантированного эффекта.

Совершенно другой подход к проблеме гриппа предлагает гомеопатия. Международная конференции «Гомеопатия и

птичий грипп», которая прошла в Париже 19 ноября 2005 года, в работе которой мне довелось принять участие, выработала рекомендации по гомеопатическому лечению и профилактике птичьего гриппа. В качестве базового препарата для профилактики и лечения был рекомендован Oscillocochinum (в русском переводе осиллококцин) французской фирмы «Voiron».

Действующим веществом осиллококцина является *Anas barbariae extractum cordis et hepatis* – автолизат сердца и печени барберийской утки. Впервые осиллококцин был описан Джозефом Роем в 1925 году. Изучая автолизат сердца и печени утки, он обнаружил эффект двигательной активности (осцилляций) диплококков, благодаря чему препарат и получил это название.

Интересна история внедрения этого средства в качестве медицинского препарата. Идея применения осиллококцина в гомеопатии пришла из вирусологии. Была выявлена определенная закономерность: за год до эпидемии гриппа у людей подобный вирус обнаруживался в популяции птиц юго-восточной Азии. И сейчас для получения некоторых противогриппозных вакцин, которые планируется применять в будущем году, забор вирусов производится у птиц. В последующем такие авторитетные исследователи, как П. Шаванон, Ж. Буарон, Ж. Аабесас, П. Шмидт, О.А. Джулиан провели многочисленные эксперименты по использованию этого средства при различных инфекционных заболеваниях, в особенности при гриппе. В медицинской литературе можно встретить множество сообщений об успешном лечении осиллококцином вирусных инфекций с поражением глаз, носа, ларинготрахеитов, бронхитов и даже варикозных язв. Представляют большой интерес сообщения об успешном использовании этого средства при лечении вирусных гепатитов «А», «В», «С». Д-р Хи-Бон-Хоа рекомендовал использовать осиллококцин для раковых больных как прекрасное иммуномодулирующее средство.

В 2000 году гомеопаты Одессы широко использовали осиллококцинум в осенне-зимний период, что позволило значительно снизить заболеваемость во время эпидемии. Отмечена его высокая эффективность при применении в

условиях большой скученности людей (детские коллективы, общежития и коммунальные квартиры).

«Двойное слепое плацебо-контролируемое испытание гомеопатического средства *Anas barbariae* было проведено в США в 1989 году с участием 478 больных гриппом. По данным этой работы пациенты, принимавшие препарат, выздоравливали в течение 48 часов в 2 раза чаще, чем люди, принимавшие плацебо. Отмечено, что в группе молодых людей до 30 лет средство действовало эффективнее.

По нашему опыту оциллококцин может успешно применяться для лечения не только вирусных инфекций, но и постгриппозных осложнений (головные боли, астения, гипотония, вегетативные расстройства, дисфункции желудочно-кишечного тракта). Еще одна сфера использования оциллококцина – преодоление негативных последствий противогриппозных вакцинаций.

Изготовление средства имеет свои отличительные особенности. В условиях строгой стерильности обезглавливают здоровую утку, стерильным инструментом извлекают сердце и печень, помещают во флагу с панкреатическим пептоном, тиндалином и глюкозой. Инкубируют смесь при температуре 37,0°С в течение 40 суток. Полученный автолизат фильтруют и лиофилизируют. После лиофилизации получают раствор желтого цвета, который по законам гомеопатической фармации потенцируют до 200 сотенного разведения по Корсакову (200СК). Окончательная операция – насыщение (пропитывание) гранул, высушивание и расфасовка. Используется крупка №1 (нон-парель) из молочного сахара лактозы. Упаковка содержит 6 тюбиков по 1,0.

ПАТОГЕНЕЗ ОЦИЛЛОКОКЦИНА

Психика: Беспокойство, утомляемость. Поспешность. «Трудоголизм». Потребность часто мыть руки. Непереносимость беспорядка. Страх смерти.

Общее: Бледность. Метеозависимость. Зябкость.

Голова: Головная боль с сильной пульсацией.

Глаза: Воспаление слизистой оболочки. Конъюнктивит.

Нос: Боль в области лобных и гайморовых пазух. Ринит. Чихание. Гнусавый оттенок голоса. Серозные выделения из носа, затем слизисто-гнойные.

Уши: Чувство покалывания в одном ухе. Мастоидит. Гиперемия барабанной перепонки. Снижение остроты слуха.

Рот: Язык обложен белым налетом.

Горло: Гиперемия. Афония.

Желудочно-кишечный тракт: Вздутие. Гнилостная отрыжка. Рвота водой и пищей. Схваткообразные боли в животе. Зловонная диарея или запор. Боли в проекции червеобразного отростка.

Сердечно-сосудистая система: Гипотония.

Органы дыхания: Лающий, сухой, болезненный кашель. Влажный кашель со слизисто-гнойной мокротой.

Мочевыделительная система: Болезненное мочеиспускание. Олигурия. Мутная и резко окрашенная моча.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. Вирусные инфекции, вызванные вирусом гриппа «А» и «В», парагриппа, аденовирусами, РС – вирусами.
2. Катаральные и острые вирусные заболевания, такие как ринит, синусит, катаральный отит, ларинготрахеит, бронхит, желудочно-кишечный вариант гриппа.
3. Постгриппозные осложнения: головные боли, астения, гипотония, вегетативные расстройства, дисфункции желудочно-кишечного тракта.

ПРИНЦИПЫ ДОЗИРОВКИ И ПРАВИЛА ПРИЕМА

В отношении выраженности симптомов заболевания осциллококцина касается основное правило гомеопатии: чем острее состояние тем чаще необходим контакт с лекарством. Также возрастает количество крупинок на один прием. По мере улучшения состояния количество и частота приема крупинок уменьшается.

В острых состояниях гомеопатические лекарства лучше давать, растворив в воде. Количество воды подбирается индивидуально, с учетом жажды и возраста пациента.

Оциллококцин можно капать в нос, растворив 1-2 крупинки в 20-50мл кипяченой воды, используя новую пипетку (не капать в нос при склонности к носовым кровотечениям).

ДОЗИРОВКА.

- Новорожденным: от 1 до 5 крупинок в сутки, растворив в кипяченой воде (10-30мл).
- Детям от 1 до 6 месяцев: от 1 до 20 крупинок на воде (50-150мл).
- Детям от 6 месяцев до 3 лет: от 1 до 30 крупинок в сутки на воде (100-300мл).
- Детям старше 3 лет в зависимости от состояния: от 5-10 крупинок до 1,0 г в день (всю дозу).
- Взрослым в зависимости от состояния: от 10 крупинок до 3,0 г (три дозы) в день.

Важно начать прием препарата как можно раньше – при начальных проявлениях вирусной инфекции. Однако, препарат высоко эффективен и в стадии выраженного заболевания.

Для быстрого растворения крупинок можно использовать теплую кипяченую воду. При затруднениях в выборе дозы следует применять максимальные возрастные дозы. Как и любые гомеопатические лекарства, оциллококцин нужно принимать вне приема пищи (минимальный интервал 10-15 минут). Практика показывает, что сочетанное применение оциллококцина и физических методов охлаждения: водочных обтираний, укусных обертываний, очистительной клизмы при гипертермии не менее эффективно, чем использование аллопатических жаропонижающих средств. Наряду с лечением осциллококцином с целью дезинтоксикации и коррекции гиповолемии при гриппе нужно обеспечить потребление большого количества жидкости. Но при этом, особенно у детей, не следует использовать кислое питье, т.к. у них легко развивается респираторный ацидоз.

ПРОФИЛАКТИКА

Для сезонной профилактики детям, посещающим детские коллективы, и взрослым в октябре-марте по 1-3 (5-10) крупинок от 2 раз в день до 2 раз в неделю. При контакте с больными: от 10 до 20 крупинок ежедневно в течение 7 дней. Следует сказать,

что гомеопатическая профилактика весьма эффективна при массовом применении в большой популяции людей. Профилактику рекомендуется в первую очередь проводить в группах риска – в детских коллективах, у людей, имеющих ослабленный иммунитет и хронические заболевания.

Применение осциллококцина не является в прямом смысле слова заменой противогриппозной прививки, т.к. механизм его влияния на иммунную систему совершенно другой. При желании человека он может и вакцинироваться и употреблять осциллококцин. Однако, в этом случае он не получает «двойную страховку», а использование вакцины всегда таит в себе риск побочных явлений. Психологической составляющей использования осциллококцина должен быть не страх перед прививкой (чему немало способствуют слишком эмоциональные действия противников вакцинаций), а мотивация вести здоровый образ жизни. Тогда применение этого средства может стать достойной альтернативой.

Для профилактики птичьего гриппа у птиц в условиях птицеферм Международный конгресс «Гомеопатия и птичий грипп» в Париже так же рекомендовал использовать осциллококцин.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

Женщина 50 лет, обратилась на гомеопатическую консультацию по поводу частых простуд. Страдает вегетативным синдромом с обморочными состояниями в последние 10 лет. Выражена метеозависимость, зябкость. Отмечает частые конъюнктивиты и потери голоса. Назначения: *Oscillococcinum* 200СК по 5 крупинок ежедневно. Осмотр через 1 месяц – «дважды пыталась заболеть». В эти дни увеличивала прием до ½ дозы в сутки в течение 3 дней. Простуды не развились. Чувствует себя бодрее. Обмороков не было. Рекомендован более редкий прием препарата: один месяц по 3 крупинки ежедневно, затем 3 крупинки через день. Через 6 месяцев – принимает препарат по 3 крупинки 2 раза в неделю. Чувствует себя лучше. Рекомендовано принимать препарат по 3 крупинки в неделю в режиме: 1 месяц принимать, 1 месяц не принимать, с увеличением дозы по показаниям. Катамнез 3 года.

История болезни №2. Мальчик 4,5 лет. Жалобы на ОРВИ каждые две недели. После каждой инфекции долго выздоравливает. Ребенок уже неоднократно получал антибиотики. Болеет с 3 лет. Родители связывают начало заболевания с посещением детского сада. Мальчик драчливый, агрессивный, аппетит снижен. Назначения: Cina 200CH, Oscillococcinum 200СК по 2 крупинки два раза в день ежедневно. Через 1 месяц родители отметили, что настроение мальчика стало стабильнее, поведение ровнее. Лучше общается с детьми. Перенес острый ринофарингит, но выздоровел за 3 дня, чему мама была очень удивлена. Во время болезни прием оциллококцина был увеличен до 20 крупинок в сутки. Через 6 месяцев: ребенок посещал детский сад практически всю зиму. Возник еще один острый ринит, который купировался за 4 дня после закапывания оциллококцина в нос. Последние 3 месяца Cina 200CH не принимал, т.к. поведение стало адекватным, аппетит нормализовался. Катамнез 2 года.

История болезни № 3. Девочка в возрасте один месяц, получала *Berberis vulgaris* 200CH по поводу затянувшейся конъюгационной желтухи. В семье есть старший брат, который в настоящее время заболел гриппом. Семья проживает в однокомнатной квартире. Рекомендовано: Oscillococcinum 200СК 1 крупинку развести в 30мл кипяченой воды и капать в нос и рот по 1 капле каждые 10-15 минут. Ребенок получал препарат 7 дней, гриппом не заболел. Брат 4-х лет, также получал Oscillococcinum 200СК. На фоне приема этого препарата лихорадка достигла 38,5°C на первые сутки, на вторые сутки температура была только 37,5°C. Грипп прошел без осложнений в течение 5 дней. Родители гриппом не заболели. Принимали оциллококцин по ½ дозы 3 дня, затем по 10 крупинок 2 раза в день до 7 дней.

Кроме оциллококцина существуют другие потенцированные нозоды AvianFluNozod, Thymulin и Influenzinum. Идею их гомеопатического применения с целью профилактики и лечения гриппа и ОРВИ поддерживают многие французские гомеопаты. Кроме того, на международной конференции «Гомеопатия и птичий грипп» (Париж, 2005) широко звучали такие известные препараты, как *Arnica montana*, *Eupatorium perfoliatum*, *Bryonia alba*, *Phosphorus*, *Gelsemium*

sempervirens, *Aconitum napellus*, *Belladonna*. При кишечных симптомах чаще других средств упоминалась *Baptisia tinctoria*.

Несмотря на большую схожесть симптомов заболевания гриппом, при тщательном исследовании случая нередко удается увидеть и индивидуальные различия. В еще большей степени это касается осложнений гриппа. В таких случаях для терапевтического эффекта следует делать назначения по классической ганемановской методике с учетом полной совокупности симптомов и конституции пациента.

Ассоциация гомеопатов Украины призывает врачей широко использовать гомеопатические средства в лечении и профилактике гриппа и других вирусных инфекций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Селькова Е.П. и соавт. Применение препарата «Осциллококсин» для профилактики и лечения гриппа и ОРВИ // Збірник доповідей III З'їзду гомеопатів України. – Київ. – 2007. – с.144-150.
2. Иванив А.П. «Materia medica, история и практика использования биотерапевтических средств (нозодов, саркодов и органопрепаратов) в гомеопатической и интегративной медицине». Одесса, «Астропринт», 2002.
3. Материалы World medical conference «Homeopathy and Avian Influenza». – Париж. – Ноябрь 2005.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОГРИППОЗНОЙ ВАКЦИНЫ «ВАКСИГРИП»

Зеленин Ю.В.

Врач-гомеопат, провизор-гомеопат, сотрудник Национальной Фармацевтической академии, член АГУ, председатель Харьковского областного общества врачей-гомеопатов
Харьков, Украина

В последние годы все чаще в начале осени начинается противогриппозная компания. О необходимости прививок нам вещают телевидение, радио, газеты. Затем подключаются коллеги, соседи, попутчики в транспорте и родственники. И каждый год все становится перед выбором: «быть или не быть?». И каждый отвечает на него самостоятельно. Слишком много противоречивых данных накопилось по поводу вакцинальной профилактики. Одни говорят твердое «да», другие, также уверенно говорят «нет». Именно поэтому, когда появилась возможность самостоятельно изучить этот вопрос, мы с радостью согласились.

Перед тем как изложить полученные результаты, хотелось бы рассмотреть общие проблемы, связанные с гриппом. Из литературных источников известно, что грипп передается обычно от больного человека (возможна передача от свиней и собак) воздушно-капельным путем. Инкубационный период длится от 1 до 7 дней (обычно в пределах 2 суток). Заболевание начинается остро с поднятия температуры, лихорадочный период продолжается до 5 дней. Опасности для беременных, по современным данным, не представляет.

По сведениям израильского врача А. Котока в Ноттингеме в 1993-94гг. было изучено состояние здоровья 1659 беременных из которых 11% перенесли грипп. Изучению также были подвергнуты новорожденные, родившиеся от таких матерей. Авторы исследования сделали выводы, что грипп во втором и третьем триместре беременности распространенное явление, и ни к трансплацентарной передаче вируса плоду, ни к образованию аутоантител он не ведет, равно не увеличивает какие-либо осложнения течения беременности.

Смертность от гриппа и тяжелые осложнения наблюдаются чаще всего у больных и ослабленных лиц. При этом наибольший процент трагических последствий регистрируется у пожилых людей, хотя эти явления, как правило, связаны с наличием сопутствующих заболеваний. Но в таком случае роль декомпенсирующего фактора может выполнять не только вирус гриппа, но и банальная простуда или стресс.

Все знают народную мудрость, запечатленную в виде анекдота: «леченый грипп проходит через 7 дней, а не леченый – через неделю». В свете этого оптимистического заявления давайте посмотрим, что же нам предлагает вакцинация...

Вакцина от гриппа должна защитить организм от заболевания при контакте с носителем вируса. Но ни для кого не секрет, что врачи в нашей стране практически никогда не посылают заболевших сдавать анализы на наличие вируса гриппа. Все сходные с гриппом заболевания наши врачи классифицируют как острые респираторные вирусные заболевания (ОРВИ) или же как острые респираторные заболевания (ОРЗ). Существует также нозологическая диагностика, учитывающая локализацию патологического процесса (синусит, ринит, рино-синусит, фарингит, рино-фарингит, трахеит и т.д.). Эти классификации очень удобны для практикующего врача, но хочется напомнить, что состояния, сходные с гриппом, могут вызывать более 200 вирусов. Вакцина же нас призвана защитить только от вируса гриппа. Для заболевшего человека, как правило нет большой разницы какой возбудитель вызвал его страдание: грипп или аденовирус, риновирус или любой другой вирус из большого числа вариантов. Гораздо более естественным желанием, чем

диагностика возбудителя является желание любого человека быть здоровым. Что мы можем ожидать от противогриппозной вакцины?

Доктор Н.В. Медуницын в своей книге «Вакцинология» (1999) указывает: «Гриппозные вакцины индуцируют гуморальный иммунитет и очень слабо – клеточный. Иммунитет кратковременный, поэтому требуется ежегодная вакцинация. Основной причиной недостаточной эффективности противогриппозных вакцин является высокая изменчивость циркулирующего вируса гриппа, появление нового (или возврат старого) подтипа вируса. В связи с этим очень редко достигается соответствие вакцинного штамма эпидемическому».

Некоторые авторы даже придерживаются мнения, что за всю историю существования прививок от гриппа «соответствие вакцинного штамма эпидемическому» не было получено ни разу! При этом беспрерывно продолжается процесс создания и лицензирования новых вакцин. В нашем случае мы рассматриваем вакцину «Ваксигрип» («Vaxigrip»). Ее изготовителем является одна из старейших в мире фирм по производству вакцин «Авентис Пастер» («Aventis Pasteur»), Франция. Рассмотрим информационный листок-вкладыш к этому препарату. Данная вакцина относится к инактивированным сплит-вакцинам, т.е. содержит фрагменты из разрушенного вируса, что безусловно, удовлетворяет современным требованиям. Известно, что *«Цельновирионные и живые вакцины практически не используются из-за высокой реактогенности»* (Учайкин В.Ф., Шамшева О.В., Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее, 2001). Подобные вакцины могут вызывать огромное количество осложнений и, кроме того, вызывать ту болезнь, против которой они созданы.

Далее указан состав вакцины:

активный компонент – вирусы гриппа, культивированные на куриных эмбрионах, инактивированные, расщепленные, представленные штаммами, эквивалентными следующим: А/Новая Каледония/20/99 (H₁N₁); А/Висконсин/67/2005 (H₃N₂); В/Малайзия/2506/2004. Штаммовый состав вакцины соответствует рекомендациям ВОЗ для Северного полушария и решению ЕС по составу гриппозных вакцин сезона 2006/2007 гг.

Вакцина не содержит консерванты. Другие компоненты: буферный раствор, содержащий натрия хлорид, калия хлорид, натрия гидрофосфат, калия дигидрофосфат, воду для инъекций.

Трудно предъявить какие-либо претензии по составу данной вакцины. Однако обратимся к литературным данным. Уже цитированный выше автор А. Коток указывает, что «... *Все современные инактивированные вакцины содержат остаточные количества тимеросала*». Тимеросал почти на 50% состоит из ртути, которая и добавляется в состав вакцины, как консервант. Для «Ваксигрипа» это составит 0,01% весового состава. При этом хорошо известно, что ртуть является одним из самых токсичных химических элементов таблицы Менделеева. Конечно, речь идет о крайне малых концентрациях ртути, но для чувствительных лиц, ее может быть достаточно для возникновения реакции. Насколько нам известно, пока не существует технологии инактивации и консервации вакцин, не использующей соединения ртути. Поэтому указание фирмы «Авентис Пастер» о том, что вакцина не содержит консервантов, следует понимать, как ее стремление достичь недостижимое.

Что же касается влияния ртути на организм, то приведем цитату из научной литературы. *«Ртуть токсична в любой своей форме...Использование... ртутных реагентов в качестве инсектицидов и фунгицидов привело к слабым и сильным отравлениям, затронувшим тысячи людей...Прием всего лишь 1 г ртутной соли смертелен... В человеческом организме время полужизни ртути составляет от нескольких месяцев, до нескольких лет. Токсический эффект может быть скрытым, и симптомы отравления могут проявиться только лишь через несколько лет» (Некоторые вопросы токсичности ионов металлов, 1993).*

В тимеросале действующим началом является этилртуть. Об этих веществах можно прочесть в книге М.Н.Г. Дюкса «Побочные действия лекарственных средств» (1983): *«Алкилртутные соединения (метил и этил) не применяются в медицине, это высокотоксичные соединения, они в отличие от большинства других соединений липофильны, медленно выводятся из организма, поэтому могут накапливаться...».* При всем этом никаких исследований и испытаний о действии

тимеросала, содержащегося в вакцинах на организм человека, и уж тем более детей и беременных, не проводилось. На этом фоне интересно провести параллель с другими данными. Специалисты Института токсикологии МЗ РФ в Санкт-Петербурге сообщают: «...Эпидемиологические обследования... показывают, что содержание ртути в крови беременных в последний триместр увеличивается в среднем в 3 раза. Достаточно высокое исходное содержание ртути в крови беременной женщины может оказывать токсическое действие как на женщину, так и на плод... Как известно из литературных данных... в крови плода (и новорожденного) ртути больше, чем в крови матери. По нашим данным это превышает норму в среднем в 2,53 раза...известно о сильном эмбриотоксическом действии ртути... У детей, подвергшихся воздействию даже небольших доз ртути... значительно увеличивается риск инфекционных заболеваний... снижен иммунитет» (Особенности диагностики и тактика ведения больных при меркуриализме, 2004).

Кроме этого, ртуть способствует развитию аутизма у детей, нарушению поведенческих реакций. В пожилом возрасте она может быть одним из факторов способствующих развитию болезни Альцгеймера и других поражений центральной нервной системы.

Обратимся вновь к монографии А. Коток: «В составе вакцин от гриппа может обнаруживаться формальдегид, которым инактивируются вирусы. Из антибиотиков, традиционно добавляемых для подавления роста бактериальной флоры – гентамицин и канамицин». Однако про эти вещества в составе вакцины «Ваксигрип» ничего не сказано. Читаем дальше в разделе противопоказания: Аллергия к ингредиентам вакцины, куриным яйцам, куриному белку, неомоцину, формальдегиду, октоксинолу-9.

Возникает вопрос: если в составе вакцины нет консервантов и других побочных веществ, то откуда появились противопоказания в виде повышенной чувствительности к формальдегиду и неомоцину? Логично предположить, что эти вещества, хоть и в небольших количествах, но наличествуют. Рассмотрим каково действие этих веществ.

Начнем с антибиотиков, в нашем случае с неомидина. Он относится ко второму поколению аминогликозидов. В книге «Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии» (под ред. Страчунского Л.С.) неомидин указан как самый токсичный среди всех аминогликозидов. Он обладает потенциальной нефротоксичностью (может поражать почки), ототоксичностью (поражает органы слуха), вестибулотоксичность (нарушения координации движений, головокружения) и может вызывать нервно-мышечную блокаду (угнетение дыхания вплоть до полного паралича дыхательной мускулатуры). Кроме этого неомидин может вызывать головную боль, слабость, сонливость, судороги, парестезии, аллергии. Указано, что применение антибиотика у беременных женщин может быть разрешено только по жизненным показаниям, т.к. он проходит через плацентарный барьер и оказывает нефротоксическое действие на плод и также может вызывать двухстороннюю врожденную глухоту у детей. Противопоказан у женщин кормящих грудью, т.к. нет данных о его безопасности в этот период. В пожилом возрасте разрешено применять этот препарат только в случае невозможности его замены менее токсичным.

Итак, мы имеем в составе вакцины «Ваксигрип» два компонента с потенциально большим количеством побочных явлений, что уже вызывает недоверие к идее ее широкого и безопасного применения. Обратим теперь наше внимание на формальдегид (он же формалин). В производстве вакцин он служит для инактивации вирусов и бактерий. Главное применение это вещество нашло в сельском хозяйстве в качестве гермицида, фунгицида и инсектицида. При попадании в организм формальдегид вызывает симптомы тяжелого отравления (поражает желудочно-кишечный тракт и почки), может вызывать смерть, также давно известно его канцерогенное (вызывающее рак) и мутагенное действие. Еще в 50-х годах прошлого столетия было доказано, что его способность к инактивации вирусов находится под большим вопросом. Под действием формальдегида вирусы в вакцине могут слипаться, покрываться сверху белковым слоем, образуя капсулу, прочность которой формальдегид только усиливает. При попадании в организм эта капсула разрушается ферментами

и живые вирусы попадают в организм вызывая заболевание. Исследования, подтверждающие безопасность применения этого вещества в вакцинах в доступной нам литературе отсутствуют.

В составе вакцины «Ваксигрип» остался только один не исследованный нами компонент – октоксинол-9. С его помощью при производстве вакцины происходит расщепление вирусов на составляющие антигены. Это свидетельствует о том, что данное вещество может разрушать белковые структуры организма. И действительно, октоксинол используется в спермицидных препаратах, в которых он разрушает сперматозоиды, обеспечивая, таким образом, контрацепцию. На фоне всего выше сказанного такие возможные нюансы применения вакцины, как аллергическая реакция на куриные белки кажется не такой уж и серьезной. Конечно, производителям вакцины «Ваксигрип» необходимо указать (как это делают некоторые фирмы), полный состав препарата, учитывая все необходимые для технологического процесса вещества, пусть и в следовых количествах. Хотя закономерный вопрос о предельно-допустимых концентрациях и тогда останется открытым.

Заканчивает раздел противопоказаний следующая фраза: Заболевание, сопровождающиеся повышением температуры тела, острые проявления инфекционного заболевания или обострение хронической болезни. В этих случаях вакцинацию следует отложить до выздоровления.

Остается надеяться, что исполнение данных предписаний найдет свое адекватное выражение на практике. И медицинский работник будет правильно информировать пациента перед вакцинацией, а также проводить опрос и осмотр человека перед проведением манипуляции.

Далее следует раздел инструкции «применение в период беременности и лактации», в котором говорится:

Недостаточное количество данных о применении вакцины у беременных не указывает на возможность отрицательного воздействия вакцинации на плод и организм женщины. Вакцинация данным препаратом может проводиться, начиная со второго триместра беременности. По медицинским показаниям, при наличии повышенного риска развития послегриппозных осложнений, использование данной вакцины рекомендуется вне

зависимости от срока беременности. Вакцина может использоваться в период грудного вскармливания.

Этот раздел инструкции выглядит неубедительно на фоне проведенного нами анализа материалов. Грипп для беременных и плода не опасен, а в случае опасности осложнений от него возникает вопрос: какие осложнения мы можем получить на саму вакцину? При наличии какого «повышенного риска» возможна вакцинация, если препарат не изучали на безопасность?! При недостаточном количестве данных о применении вакцины у беременных и кормящих, есть огромное количество данных по действию отдельных компонентов вакцины в токсикологической химии и, в частности, их пагубное воздействие на женский организм, внутриутробный плод и новорожденных детей.

Теперь мы подошли к разделу «побочное действие». Любому человеку перед тем как принимать какое-либо лекарственное средство, следует тщательным образом изучить данный раздел, чтобы взвесить для себя все «за» и «против». Ведь давно известно, что нет абсолютно безвредных лекарств. Итак, фирма «Авентис Пастер» сообщает, что при проведении клинических исследований обычно отмечались:

Местные реакции – покраснение, припухлость, болезненность, кровоподтек, уплотнение в месте инъекции. Общие реакции – повышение температуры тела, недомогание, озноб, ощущение усталости, головная боль, потоотделение, миалгия, артралгия. Эти реакции обычно проходят в течение 1-2 дней и не требуют специального лечения.

Таким образом, практически в каждом случае использования вакцины «Ваксигрип» отмечалось появление данных симптомов. И это состояние длилось до двух дней, следовательно, работоспособность здорового человека в течение этого периода резко снижалась. Выходит, заболевает человек или нет еще неизвестно, но после проведения прививок человек, как правило, выпадает из рабочего ритма. Читаем далее:

При проведении дальнейшего наблюдения за вакцинированными были отмечены редко встречающиеся реакции: генерализованные кожные проявления, в том числе крапивница, зуд, кожные высыпания, а также невралгия (болезненность по ходу нервов), парестезии, судороги,

непродолжительная тромбоцитопения, аллергические реакции (с развитием шока в редких случаях). Из очень редких осложнений были отмечены: васкулит с непродолжительным вовлечением (в крайне редких случаях) почек, неврологические расстройства (энцефаломиелит, неврит, синдром Гийена-Барре), ангионевротический отек (аллергический отек обычно локализованный в области лица и шеи).

Согласно статистике частота тяжелых осложнений крайне редкая. Однако стоит ли сознательно подвергать себя хотя бы и минимальному риску? Хочется отметить, что «редко встречающиеся реакции» для отдельно взятого человека, у которого эти осложнения возникли являются слабым утешением, и ему все равно, что у остальных 100 тысяч этой реакции нет.

Закончив анализ информации, заключенной в инструкции к вакцине мы отметили негативные и спорные моменты ее применения и выяснили, что вакцинация против гриппа неизбежно несет в себе элемент риска. С другой стороны, необходимо знать, во имя чего собственно стоит рисковать, или иными словами, какова эффективность вакцинации «Ваксигрипом»? Вот, что обещает нам фирма-производитель в отношении профилактики заболеваемости гриппом:

- По данным фармакоэкономического моделирования, проведенного в Москве, общие потери по причине нетрудоспособности снижаются в 6 раз, экономическая отдача достигает 6 рублей на каждый вложенный в прививки рубль.
- Вакцинация приводит к значительному снижению заболеваемости инфекциями, связанными с вирусами гриппа. Данный эффект не зависит от тяжести течения основного заболевания. Значимо снижается общее число обострений хронических болезней легких и количество «поздних» обострений возникающих через 3-4 недели после вакцинации, в то же время она не влияет на частоту обострений основного заболевания в первые 3-4 недели после вакцинации. Наблюдается снижение смертности от всех причин, смертности от пневмонии и гриппа,

смертности в связи с заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

- При передозировке вакцины может увеличиваться частота развития местных и общих побочных реакций и усиливается их выраженность.

Достижение подобных блистательных результатов, на наш взгляд напоминает «победные рапорты» времен развитого социализма. Теперь хочется рассказать еще об одном обстоятельстве, которое подвигло нас на изучение эффективности вакцины «Ваксигрип».

Всего под нашим наблюдением находилось 1206 человек, проживающих в одном населенном пункте. Все они были трудоспособного возраста и работали на одном предприятии, т.е. все находились примерно в равных условиях, что и требуется для создания группы наблюдения. По рекомендации СЭС и желанию руководства компании были выделены средства на проведение вакцинации всех заинтересованных сотрудников фирмы. Был заключен договор с Центром иммунопрофилактики и иммунореабилитации на проведение прививочных мероприятий. В период с конца октября по начало ноября было привито 282 человека. Следовательно, не охваченными прививками остались 924 человека (в дальнейшем мы будем считать их контрольной группой). Мы провели анализ случаев заболевания органов дыхательной системы в период с ноября по май (включительно), т.е. период сезонного распространения ОРВИ. Из анализа были исключены данные, связанные с получением различных травм, операций, состояния, связанные с беременностью и декретным отпуском. Полученные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Группы Сравнения	Общее количество заболевших		Заболевания дыхательной системы		Количество заболевших два и более раз
	Количество людей	%	Количество о людей	%	

Привитые 282 человека (Группа наблю- дения)	38	1 3 , 4 8	32	11,35	10
Не привитые 924 человека (Конт- рольная группа)	101	1 0 , 9	76	8,23	10

При одинаковых условиях работы частота общих заболеваний среди привитых оказалась больше, чем в контрольной группе (на 2,58%). А при сравнении случаев заболевания дыхательной системы разница между группами достигала еще большего значения (3,12%). При этом оказалось, что в обеих группах количество часто болеющих людей было одинаковым (по 10 человек). Эти данные указывают на то, что привитые оказались более подвержены сезонным простудам, чем непривитые. Эти же данные подтверждает таблица 2.

Таблица 2.

Группы сравнения	Общее количество выписанных больничных листов	Количество выписанных больничных листов в связи с заболеваниями дыхательной системы
Привитые 282 человека (Группа наблюдения)	55 (19,5%)	41 (14,5%)

Не привитые 924 человека (Контрольная группа)	112 (12,1%)	83 (7,4%)
--	-------------	-----------

Как мы видим, в группе наблюдения необходимость в больничных листах была достоверно выше ($p < 0,05$), по сравнению с контрольной группой, как в отношении общих заболеваний, так и при болезнях органов дыхательной системы. В абсолютных числах можно привести такую статистику: если в контрольной группе выписывался один больничный на каждые 8,25 человека, то в группе привитых на 5,13 человека.

Теперь рассмотрим данные представленные в таблице 3, где приведены количества дней нетрудоспособности в сравниваемых группах.

Таблица 3.

Группы сравнения	Общее число дней нетрудоспо- собности		Число дней нетрудоспособности в связи с заболеваниями легочной системы	
	Дней всего	Человек/ дней	Дней всего	Человек/ дней
Привитые 282 человека (Группа наблюдения)	370	6,7	275	6,71
Не привитые 924 человека (Контрольная группа)	947	8,46	698	8,41

Полученные данные говорят о том, что количество дней нетрудоспособности для привитых было несколько меньшим (в среднем на 1-2 дня), чем для непривитых, но этот показатель не достигал статистической достоверности ($p > 0,05$). С нашей точки зрения, этот факт можно объяснить тем, что люди, которые

прививаются, более тщательно следят за своим здоровьем и в случае возникновения заболевания более ответственно относятся к лечению.

При анализе полученных данных, нами было замечено, что организация, производившая прививки, не учитывала особенности организма и его состояние на время вакцинации. Были проведены манипуляции и с беременными, и с теми, кто в течение ближайшей недели перенесли какие-либо инфекционные заболевания, и с теми, у кого было обострение хронических болезней. Такое отношение к вакцинации в какой-то степени могло повлиять на полученные результаты. Но для подтверждения этого необходимы более тщательные исследования.

Выводы:

1. Грипп является одним из более чем двухсот заболеваний входящих в группу ОРВИ.
2. Грипп способен вызывать осложнения только в случае ослабленного иммунитета и наличия тяжелых хронических заболеваний.
3. Грипп не является опасным для беременных и кормящих матерей.
4. Вакцина от гриппа очень редко (по некоторым данным никогда) совпадает со штаммом ожидаемого в данном сезоне вируса гриппа, что может обуславливать неэффективность вакцинации.
5. Входящие в вакцину вещества потенциально опасны и могут вызывать целый ряд осложнений со стороны нервной системы, почек и т.д., а также влиять на внутриутробный плод.
6. Вакцина от гриппа, как и любая прививка, снижает иммунитет и делает организм более восприимчивым к другим инфекциям.
7. Данные об эффективности вакцины, приводимые в рекламной компании производителями «Ваксигрипа», не соответствуют действительности:
 - ✓ потери по причинам трудоспособности не снижаются, а наоборот возрастают;
 - ✓ количество заболеваний сходных с заболеванием гриппа, возрастают;

- ✓ снижение количества обострений хронических заболеваний не наблюдается.
8. Ответственность за поствакцинальные осложнения на себя не берет ни фирма производитель, ни организация, производящая манипуляции, что заведомо ставит человека в рамки, когда после любых осложнений он должен полагаться только на себя.
 9. С точки зрения фармэкономки вакцинация «Ваксигрипом» работников наблюдаемого нами предприятия оказалась убыточной, при этом, согласно договору стоимость одной манипуляции составила 65 гривен.

В заключение хочется напомнить о наличии альтернативных вакцинации методов профилактики гриппа и ОРВИ. Хорошо подобранное гомеопатическое (конституциональное) средство является в том числе и общим «иммунномодулятором», что является одним из ключевых моментов для защиты организма от вирусов гриппа. Поиск такого лекарства является задачей врача при гомеопатической консультации. Общему повышению иммунной защиты также способствуют полноценное питание, с учетом витаминов и микроэлементов, режим труда и отдыха, душевное равновесие (часто нарушенное страхом заболеть гриппом). Но в период эпидемии (или ее угрозы) возможно и безрецептное (без участие врача) использование гомеопатических средств в виде одного препарата. Такие средства со различными названиями выпускаются уже многими фирмами и уже этот факт свидетельствует об их полезности. Однако из-за изменчивости штаммов вируса меняется и клиническая картина (симптомы) заболевания гриппом. Поэтому наиболее эффективным является употребление гомеопатического препарата, созданного на основе изучения случаев заболевания именно текущей эпидемии. Тогда состав такого средства будет оптимальным. Особенности протекания гриппа у детей приводят к необходимости создания отдельного гомеопатического комплекса. Что же касается самой гомеопатии, то в круг ее возможностей также входит профилактика и лечение поствакцинальных реакций и осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Коток А. Беспощадная иммунизация. Правда о прививках. 2-е изд., испр. и доп.- Новосибирск: «Гомеопатическая книга», 2006.
2. Медуницын Н.В. Вакцинология. 2-е изд.- М.: Триада-Х, 2004.
3. Некоторые вопросы токсичности ионов металлов: Пер. с англ./ Под ред. Х. Зигеля, А. Зигель. – М.: Мир, 1993.
4. Нир И., Эдельштейн Е. Л., Амдисен А. и др. Побочные действия лекарственных средств: Пер. с англ./ Под ред. М. Н. Г. Дюкса.- М.: Медицина, 1983.
5. Особенности диагностики и тактика ведения больных при меркуриализме / А. М. Малов, Т. М. Иванова, А. Н. Петров и др. // Токсикол. вестн. - 2004. - № 5.
6. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии.- М.: Боргес, 2002.
7. Учайкин В.Ф., Шамшева О.В. Вакцинопрофилактика: Настоящее и будущее.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.
8. Червонская Г.П. Прививки: мифы и реальность. Основы вакцинологии.- М., 2002.
9. Дергачева З.Н. К вопросу о гомеопатической профилактике поствакцинальных реакций и осложнений у детей // Збірник доповідей І З'їзду гомеопатів України. – Київ. – 2004. – с. 24-31.
10. Селькова Е.П. и соавт. Применение препарата «Оциллококцидум» для профилактики и лечения гриппа и ОРВИ // Збірник доповідей ІІІ З'їзду гомеопатів України. – Київ. – 2007. – с. 144-151.

ОТ РЕДАКТОРА:

Представляем вашему вниманию дискуссию, развернувшуюся вокруг перевода на русский язык «Репертория» Дж.Т. Кента. Мы приветствуем факт подобного публичного обсуждения, как известно в спорах рождается истина.

Разрешите мне превысить свои полномочия и выйти за пределы редакторских ограничений, чтобы высказать свое мнение по обсуждаемой проблеме, возможно не вполне совпадающее с мнением остальных членов редколлегии. Дело в том, что в последние годы я приучил себя пользоваться англоязычной литературой, как гомеопатической, так и общемедицинской. С другой стороны, я позволяю себе считать, что достаточно неплохо знаю русский язык. К тому же я как доктор, имею немало англоговорящих пациентов (и сам вынужден пользоваться английским), что значительно отличается от изучения языка по книгам и переводам.

Перевод – это искусство, язык необходимо чувствовать. То, что звучит по-английски, часто нельзя дословно перевести на русский. Это совершенно другая семантика и способ изъяснения. Зачем эскимосу 40 слов для определения разных видов льда? Какая разница в переводе на русский язык в понятиях «sick», «illness», «disease»? Очевидно, что язык определяет среда и культура. Поэтому большинство даже так называемых «хороших» переводов в области гомеопатической литературы еще далеки от совершенства. Тем более это касается репертория, где сдвиг на один нюанс может вести к ошибочному назначению. Еще одной проблемой является архаичность Кента (я имею в виду архаичность языка, который в значительной мере устарел – это старый американский язык). С моей точки зрения, все это служит источником ошибок в реперторизации и нуждается в усовершенствовании. Таким образом существуют два Кента: «Реперторий», как литературный и гомеопатический памятник и «Реперторий», необходимый для современного пользователя. Именно последнее и должно являться главной задачей авторов перевода. Как это сделать, и кому это лучше удалось – судить читателям. Но называться такая книга должна правильно: «Расширенный (дополненный, измененный) реперторий на основе Кента в такой-то редакции».

Для меня существуют определенные правила работы с профессиональной литературой. Я не считаю научными книги в которых отсутствуют ссылки на первоисточник. Относительно любого компилятивного репертория я предпочитаю в первую очередь видеть, кто предложил тот или иной симптом. А недостатков или «пробелов» в любом репертории предостаточно (на то он и реперторий).

Существует еще одна проблема – «Реперторий» Кента перегружен бытовой стилистикой, он не соответствует терминологии научной медицины дня сегодняшнего и если ничего не предпринимать, то эта пропасть будет все более углубляться, превращая профессиональный инструмент в развлечение для домохозяек.

Теперь по существу помещенного ниже материала. Экономическая и моральная подоплека спора очевидна, но главное – это все-таки желание оппонентов решить крайне непростую и важную задачу создания русскоязычного, пригодного в практике репертория. Воздадим должное этим титаническим училиям.

Критическая статья Е.Ю. Филина поступила в редакцию первой, поэтому она размещена вначале. Однако было бы нарушением демократии не поставить в известность о такой тенденциозной публикации и сторону, подвергнушуюся обвинению. Но, чтобы сохранить смысл ответной реакции оппонентов, не мешая при этом читательскому восприятию основной статьи, комментарии размещены в колонке слева, более мелким шрифтом. Рекомендую вам вначале прочесть целиком статью Филина, а затем прочесть комментарии. «Ответная» работа В.К. Дмитриева и компании размещена далее.

А.В. Попов

ЧАСТНОЕ МНЕНИЕ ПО-ПОВОДУ ПЕРЕВОДА РЕПЕРТОРИЯ КЕНТА (НЕХАЙ ГІРШЕ, АБИ ІНШЕ)

Филин Е.Ю.

Новосибирск, РФ

Женщина-таксист везёт мужика. Машина ломается. Она лезет под машину чинить. Мужик рассуждает: «Как пассажир, я должен сделать вид, что ничего не происходит, но как мужчина – обязан вмешаться». И лезет к ней под машину. Через полчаса мимо идёт полицейский и рассуждает: «Как мужчина, я должен сделать вид, что ничего не происходит, но как полицейский – обязан вмешаться». – «Господа, вашу машину давно угнали».

Когда в апреле 2006 года на конференции в Москве прозвучал доклад Е.Е.Метаксы «*Об особенностях нового перевода репертория Кента*», из которого стало известно, что вот уже более пяти (!) лет продолжается напряженная работа Лаборатории новых медицинских технологий ФНКЭЦ ТМДЛ Росздрава и Издательства «Гомеопатическая медицина» над созданием нового перевода Репертория Кента, и даже тогда, когда на сайте этого издательства появилась аналогичная статья, я, как их конкурент, не счел нужным высказывать своё мнение об этой работе, считая, что коллеги сами разберутся, что к чему. Но после выхода в свет книги с новым переводом Репертория, на меня посыпалась масса вопросов и просьб прокомментировать это издание. И я, как практически единственный специалист у нас в этой области, на счету которого на сегодня около двух десятков созданных или переведенных реперториев, считаю себя обязанным вмешаться. На той конференции единственным откликом на доклад Метаксы был риторический вопрос доктора Фадиева в зал: почему никто не спросил у докладчика «А на хрена?»

КОММЕНТАРИИ ОППОНЕНТОВ

Вежливый молодой человек, задавший риторический вопрос, видимо, из тех людей, которых «в принципе» все устраивает. Но среди тех, кто ожидал выхода новой

версии «Репертория» немало таких, кого «Реперторий» под ред. Е.Ю. Филина не устраивал в принципе.

ДМИТРИЕВ В.К.

Удивляет уверенность автора в собственной уникальности и совершенстве. Судя по мнению Е.Ю.Филина, тягаться с ним не имеет смысла, все равно лучше не выйдет. Именно публичное неосуждение слабостей его перевода как элемент корпоративной этики, привело, судя по всему, к такому заключению. К тому же, другого перевода все равно не было. Готовя презентацию нового перевода к международной ежегодной конференции по классической гомеопатии, посвященной Дню рождения С. Ганемана, мы осознанно не стали выставлять напоказ эти слабости, понимая, какой нелегкий труд стоит за первым переводом, выполненным, к тому же, г-ном Филиным практически в одиночку.

МЕТАКСА Е.Е.

И действительно, большой коллектив, в который *«были привлечены ведущие переводчики, редакторы, корректоры, специалисты по компьютерному дизайну, врачи и научные сотрудники, владеющие методом гомеопатии как в практическом, так и фундаментальном аспектах»* в течение более пяти лет (хотя на это было бы за глаза достаточно и 2-х лет) делали бесполезную работу, ведь русский перевод репертория Кента в это время уже существовал, выдержал три издания, постоянно совершенствовался и, в принципе, всех устраивал.

Из всех присутствовавших только я один знал, в чём дело. А дело было в том, что в ноябре 2004 года я и владелец издательства «Гомеопатическая медицина» В.К.Дмитриев прекратили сотрудничество из-за возникновения финансовых разногласий. В результате «Гомеопатическая медицина» лишилась возможности продавать мои книги. Тогда же я поставил в известность господина Дмитриева об ответственности за возможное использование моего перевода Кента. Таким образом из-за самой покупаемой книги Дмитриев и взялся за это абсурдное предприятие. И взялся он за него не пять лет назад, а именно в начале 2005 года. О пятилетней

продолжительности работы сообщается для придания ей солидности.

Такова экономическая подоплёка. А теперь обратимся к самому произведению и посмотрим, что же родил этот, поистине, солидный коллектив.

Автор статьи почему-то считает возможным публично фантазировать, вешать ярлыки, «ставить в угол» и т.д. Оставим это на его совести.

ДМИТРИЕВ В.К.

Мною был проведен анализ содержания файлов: «Издательство Гомеопатическая медицина Программа Пересвет Гомеопатия.htm» и «Издательство Гомеопатическая медицина Особенности перевода Репертория.htm» с сайта издательства, в которых авторы нового перевода описывают его особенности.

Любой реперторий является сборником информации, полученной его составителем из разных источников. Дело составителя – выбрать из имеющейся у него информации ту, которую он считает достоверной, расположить её в том порядке, который он считает правильным, и представить в том виде, который он считает удобным.

Таким образом, индивидуальность каждого репертория определяется тремя параметрами:

- а) подбором материала;
- б) расстановкой материала;
- в) способом его отображения.

Авторы нового перевода пишут: *«Наш вариант репертория Дж.Т. Кента, представляет собой не просто «кальку» англоязычного варианта, а его полноценный современный перевод»*, имея в виду, что предыдущий перевод был «калькой», то есть, простым подстрочником оригинала. Рассмотрим, как обстоят дела с этими тремя пунктами в моей версии перевода и в «полноценном современном переводе».

I. Подбор материала

В предисловии к первому русскому изданию репертория я писал следующее: *«... большое число практически полных синонимов в описаниях симптомов на английском языке, причем синонимов, имеющих иногда существенно отличающиеся списки препаратов. Не всегда можно было с уверенностью подобрать*

адекватные русские аналоги для таких синонимов с учетом смысловых оттенков. В первую очередь это относится к описаниям ощущений характера боли. С этой же трудностью ранее встретились и переводчики Репертория на немецкий язык. Эта особенность книги носит объективный характер и связана с тем, что она основана на протоколах испытаний, и в ней сохранены характеристики ощущений, данные испытуемыми. При этом РАЗНЫЕ ЛЮДИ одним и тем же ощущениям могли давать несколько отличающиеся названия в зависимости от возраста, пола, интеллекта, образования, развития образного мышления и т.д.»

Трудности в выборе симптома при наличии синонимов отмечают и работающие с оригиналом американские гомеопаты. Так М. Тайлер и Д. Вейр в статье «Реперторизация» советуют в таких случаях при реперторизации применять приём объединения симптомов.

Тем не менее, несмотря на наличие этих трудностей, я считал своим долгом как можно бережнее относиться к оригиналу, и мне даже в голову не пришло соединять между собой рубрики, которые мне казались синонимами, и удалять симптомы, которые я считал дублирующими. Я очень хорошо помнил слова Кента из предисловия к третьему, последнему прижизненному изданию Репертория: «Это третье издание завершает труд моей жизни. Я привел его в соответствие с новейшими данными, полностью переработал, сделал многочисленные исправления и дополнения, добавил много новых лекарств. Я проверил каждый симптом в книге. В ней вы найдете все лекарства любой значимости. Книга окончена».

Что же, г-н Филин, Вы сами себе противоречите? В таком случае Вам следовало бы обратиться к третьему изданию Кента. Но Вы же обращаетесь к последнему, шестому изданию, которое включало в себя добавления вдовы Дж.Т. Кента, сделанные в предыдущих (четвертом, пятом) изданиях «Репертория».

ДМИТРИЕВ В.К.

Эти слова Кента, несомненно, читали и авторы нового перевода. Но, как видно проигнорировали. Посмотрим, что же

они делали в аналогичных случаях? «Однако, в ряде глав было видно, как Кент начинал работу над рубрикой, наполняя симптом препаратами, а затем находил более точный синоним, который и формировался окончательно. Тем не менее, такие «полуфабрикаты» оставались в тексте, а при переводе их даже пытались перевести разными терминами. В новом переводе такие «полуфабрикаты» удалены».

Как говорится, «ничтоже сумняшеся»... А в качестве примеров приводятся два случая, где рубрики даже и синонимами не являются:

«Пример 1. В английском варианте имеются две идентичные рубрики, содержащие одинаковый препарат.

BACK / NUMBNESS / Scapulae: anac

BACK / ASLEEP, sensation, scapula: anac

В русском варианте мы оставили одну рубрику СПИНА / ОНЕМЕНИЕ / Лопатки»

С моей точки зрения следовало оставить обе:

СПИНА / ОНЕМЕНИЕ / лопаток:

СПИНА / ЗАТЕКЛА, как будто, лопатка, ощущение.

«Пример 2.

NOSE / BORING in, with fingers: ARUM-T, aur, bufo, CINA, con, ph-ac, phos, psor, sel, stict, verat, Zinc

NOSE / PICKING nose: ARUM-T, CINA, Con, cop, hell, hyper, lac-c, nat-p, nux-v, ph-ac, TEUCR, zinc

В этом случае мы оставили только одну рубрику «НОС / КОВЫРЯНИЕ в носу» и объединили список препаратов».

Объединены потому, что практик их все равно объединит, а тот, кто ищет ощущение «Затекла», откроет конец главы «Спина» и найдет в списке ощущений (которых менее страницы) синонимичное.

ЯНОВСКИЙ О.Г.

И это – лучшие переводчики, врачи и научные работники, владеющие не только английским языком, но и методом гомеопатии как в практическом, так и в фундаментальном аспектах». Профессора Кента не только не уважают, а просто считают глупее себя. Да он же специально в первой рубрике написал «КОВЫРЯЕТ пальцами в носу», чтобы

вот такие специалисты не перепутали её со второй рубрикой «ТЕРЕБИТ, щиплет, ковыряет нос».

Ошибку здесь видит только тот, кому хочется её найти.

PIKING = ковыряет, щиплет, тербит.

ЯНОВСКИЙ О.Г.

Я уже не спрашиваю, как они поступали с препаратом, который в одном симптоме был в одной степени, а в другом – в другой. Как, например, con. и zinc. в приведенном случае. Понятно, что столь серьёзные специалисты с такими мелочами, как степени препаратов, не церемонились.

Теперь, что касается удаления «лишних» ссылок. В приведенных авторами нового перевода примерах сразу бросается в глаза излишняя их решительность и горячность:

MOIST - основная рубрика LOOSE - синоним	ВЛАЖНЫЙ С МОКРОТОЙ
SOUNDLESS STONELESS	БЕЗЗВУЧНЫЙ
SEVERE VIOLENT	ОЧЕНЬ СИЛЬНЫЙ ЖЕСТОКИЙ
HARDNESS INDURATIONS	УПЛОТНЕНИЕ ИНДУРАЦИЯ
DILATED EXPANDED	РАСШИРЕНА РАСТЯНУТА
CRAWLING FORMICATION	ПОЛЗАЕТ что-то, как будто МУРАШКИ; ощущение ползания

По крайней мере, в пяти случаях из шести сохранение удалённых ими ссылок с адекватным их переводом (выделено шрифтом) сделало бы реперторий лучше, чем он у них получился, и более похожим на оригинал.

В объединенных рубриках для дублирующих препаратов выбиралась наиболее высокая степень.

Кстати, при научном анализе реперторизации с использованием различных стратегий, выявлено, что степень препарата мало влияет на результат в отличие от интенсивности симптома.

ЯНОВСКИЙ О.Г.

При создании своей версии перевода я не позволил себе добавить в реперторий ни одной новой рубрики с лекарствами и ни одного лекарства в уже имевшиеся в нём рубрики. Это было принципиально – реперторий Кента должен оставаться реперториумом Кента, а не Филина на основе Кента.

Г-н Филин высказывает свое мнение. Это его право. Мы придерживаемся другой точки зрения.

ДМИТРИЕВ В.К.

Посмотрим, что сделали авторы нового перевода: *«Формирование обобщенных справочных рубрик. Относясь с большой осторожностью к наследию Кента, мы посчитали, что определенный интерес у гомеопатов вызовет введение справочных рубрик ОЩУЩЕНИЯ и СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ».*

Чует кошка, чьё мясо съела. Конечно, определённый интерес у гомеопатов такие рубрики вызовут. Но причём здесь реперторий Кента? Ну не было у него таких рубрик! И не могло быть, так как понятие «Сопутствующая патология» является частью идеологии Беннингаузена и его последователей, и такие рубрики есть в репертории Беннингаузена, который построен на совсем других принципах, предназначен для совсем другого способа реперторизации, как раз, альтернативного реперторизации по Кенту. Нельзя думать, что эта идеология и этот способ реперторизации были Кенту неизвестны. Они были ему хорошо знакомы. И если бы он захотел организовать свой реперторий в соответствии с ними, то сделал бы это сам, не дожидаясь, пока придут русские переводчики и редакторы.

Ну, и наконец, самое интересное: *«Объем репертория расширен до 80000 симптомов по материалам выдающихся гомеопатов: Hahnemann, Allen, Boericke, Clarke, Hering, Jahr, Künzli, Vithoulkas».* Тот реперторий, который у них получился, содержит на 15.000 рубрик больше, чем реперторий Кента! И

это не считая препаратов, добавленных в уже имевшиеся в нём рубрики. Может быть, «врачи и научные сотрудники, владеющие методом гомеопатии как в практическом, так и фундаментальном аспектах» решили, что Кент, который занимался гомеопатией 40 лет, заведовал кафедрой *Materia Medica* Чикагского гомеопатического колледжа и был одним из авторитетнейших гомеопатов своего времени, не был осведомлен о работах его предшественников и современников? Или они думают, что данные Кюнцли, которому было 4 года, когда умер Кент, и данные Витулкаса, живущего через столетие после Кента, могут быть включены в реперторий, и такой реперторий после всех этих издевательств сможет ещё называться реперториумом Кента? Поистине, узнал бы Мастер, что сделали с его творением «осторожные и теоретически подкованные специалисты», перевернулся бы в гробу.

Е.Ю. Филин не понял смысла создания обобщающих рубрик «Ощущения» и «Патологические состояния», которые присутствуют в новой версии «Репертория» только для поиска этих симптомов в тексте книги. И все.

ДМИТРИЕВ В.К.

Дополнения и улучшения репертория Кента делались много раз разными авторами. Но никто из них не позволял себе после этого называть получившийся продукт реперториумом Кента. Такой реперторий их авторы обычно называли «синтетическим», «комбинированным», «объединенным», «полным» и т.д., реперториумом. Правда, степень дополнения у них бывала гораздо большей. Уж если браться за это дело, то ограничиться дополнением репертория данными всего восьми авторов – мелко и недостойно такого солидного коллектива, как создатели нового перевода Кента. Правда, непонятно, зачем было вообще мараться, ведь переплюнуть SYNTHESIS и COMPLETE со многими сотнями дополнительных источников им бы, всё равно, не удалось.

Авторы нового перевода Репертория, к сожалению, не только проявили неуважение к Кенту и к его Реперторию, как к историческому памятнику, они также показали отсутствие культуры работы с первоисточниками. Во всех реперториях,

созданных на базе кентовского путем его расширения и дополнения, каждый препарат, вставленный в рубрику, помечен ссылкой на источник, чтобы пользователь знал, откуда взят препарат. В новом переводе эта информация потеряна. И этот прискорбный факт делает новый перевод репертория поистине «бесценным», ибо даже грош – слишком большая цена справочнику, в котором неизвестно что взято неизвестно откуда. И только читатели нового перевода, думая, что работают с реперторием Кента, будут обнаруживать в своей книге какие-то другие рубрики и какие-то другие списки препаратов. Интересно, что они подумают об авторах перевода ...

Во всём мире в гомеопатических книгах, статьях и докладах цитируются рубрики реперториев, и особенно часто – репертория Кента. И во всём мире врачи могут найти в Репертории соответствующую рубрику и увидеть в ней именно тот список препаратов (и именно в тех степенях), который имел в виду автор книги, статьи. Теперь о расширении объема Репертория рубриками современных авторов. Нужны ли они практикующим врачам? Безусловно. Вот они точно не проиграют от этой добавленной информации. К тому же, никто не скрывает этого. В Предисловии к «Реперторию» об этом написано черным по белому: какие авторы включены, в какие главы добавлены рубрики. С тем, что такие рубрики должны быть отмечены, нельзя не согласиться. Но при этом ценность книги для практикующего гомеопата меньше не становится.

МЕТАКСА Е.Е.

Подробный ответ на этот вопрос содержится в нашей статье, следующей ниже.

ДМИТРИЕВ В.К.

II. Расстановка материала

При создании своей версии перевода Репертория, я сохранил в полной неприкосновенности его оригинальную структуру. В тех случаях, когда в оригинале был использован алфавитный порядок расположения рубрик, я пересортировал переведенные на русский язык симптомы в порядке русского алфавита. Во всех остальных случаях рубрики оставались на своих местах. Никаких дополнительных глав и рубрик не создавалось.

Теперь посмотрим, как решают вопросы расстановки материала авторы нового перевода? Они пишут: «...*Старались ...учесть специфику русского языка. Такая адаптация потребовала некоторой структурной перестройки репертория*».

Основной принцип построения Репертория Кента – иерархический: от общих рубрик – к частным, более детальным. Общая рубрика содержит все препараты, а под ней стоят её дочерние, уточняющие рубрики, содержащие ограниченные списки препаратов. Кент писал, что одним из главных путей совершенствования его репертория является разнесение препаратов из общих рубрик по их дочерним рубрикам.

Первое, что сделали новые переводчики, это реструктуризировали в ряде глав модальности времени. А именно – вытащили дочерние симптомы из-под всех общих рубрик модальностей времени и собрали их под вновь созданной рубрикой «Время суток».

Если раньше, для того, чтобы посмотреть, какие препараты имеют утреннюю, в 8 часов утра, боль в ушах, надо было изучить рубрику: *УШИ / БОЛЬ / утром* и сразу под ней её дочернюю рубрику *УШИ / БОЛЬ / утром / в 8 часов*, то теперь нужные препараты придётся искать в двух разных местах. А именно: в рубрике *УШИ / БОЛЬ / утром*, а затем где-то ниже, в рубрике *УШИ / БОЛЬ / время суток / 8 часов*. Причём, каждый раз обязательно придётся заглядывать вниз и смотреть, нет ли там какого-нибудь уточнения к найденной рубрике. Зачем это было сделано, непонятно. И в мировом опыте усовершенствования реперториев такого не встречалось, и логически это необъяснимо.

Огульно критикуя сделанную работу, г-н Филин даже не пытается разобраться, о чем идет речь. Так,

например, рубрики **ВРЕМЯ СУТОК**, введенные в некоторых главах на уровне генеральных, всего лишь соединяют в одну расположенные на том же генеральном уровне рубрики **ДЕНЬ, УТРО, ДО ПОЛУДНЯ, ПОСЛЕ ПОЛУДНЯ** и т.д. Как известно, в русском языке не принято такое разделение времени суток, как нет и понятия о 2 часах до полудня или после. Найти нужную рубрику гораздо проще, заглянув в объединенную рубрику **ВРЕМЯ СУТОК**, где рубрики располагаются от 0 до 24 ч. При этом ни из каких других рубрик, кроме названных, симптомы, связанные с временными модальностями, не извлекались.

МЕТАКСА Е.Е.

Далее авторы нового перевода пишут, что в их творении *«Появились некоторые новые рубрики и подрубрики»*. А именно: в тех случаях, когда на английском языке процесс и продукт этого процесса называется одним и тем же словом, а на русском языке их удобнее (для переводчика удобнее!) назвать разными словами, они разделили общую рубрику на две. В одной размещены в алфавитном порядке характеристики процесса, а в другой, по алфавиту, характеристики продукта. Например, у Кента все характеристики менструаций: густые, едкие, короткие, прерывистые, продолжительные, темные, частые и т.д. помещены одним списком. А в новом русскоязычном варианте сначала отдельным списком расположены: короткие, прерывистые, продолжительные, частые и т.п., а затем, вторым списком: густые, едкие, темные и т.п. При кажущейся целесообразности такого разделения возникает одно «но». Теперь, каждый раз для поиска симптома надо будет соображать: то, что я хочу найти, характеристика процесса или характеристика его продукта? Если мы хотим найти симптомы: «менструации обильные» или «менструации скудные», то что представляет собой объем выделений – свойство процесса или свойство продукта? В каком списке их искать? А в каком списке следует искать рубрику *«СТУЛ \ как свернувшееся молоко, изгоняется с силой»*? В тексте содержится и характеристика процесса и описание продукта. А «Холодный пот» – это

характеристика процесса (потоотделение на фоне холодной кожи) или, всё же, характеристика самого пота? Где прикажете искать эту рубрику? Если среди процессов, тогда как быть с его дочерней рубрикой «ПОТ \ Холодный \ Липкий»? А если среди характеристик продукта, то, как быть с его дочерней рубрикой «ПОТ \ Холодный \ Липкий \ при кровотечении»? Может быть, именно поэтому и сам Кент, и авторы всех последующих усовершенствований не стали разделять эти рубрики, а дают их одним общим списком. И никому из пользователей это не мешает. Да и при переводе для меня лично, «адаптация к русскому языку» не составила существенных трудностей. Может быть, конечно, свою роль играет квалификация переводчика?

Продолжим рассмотрение сделанных авторами нововведений: *«Вообще, если охватить структуру репертория в целом, нужно сказать о появлении новой главы ПИЩА и НАПИТКИ, куда вошли рубрики, связанные с приемом определенной пищи и напитков, ранее расположенные в главах ОБЩЕЕ (хуже-лучше) и ЖЕЛУДОК - отвращение и желание».*

В принципе, идея объединить эти рубрики не нова. И все «улучшители» репертория делали то же самое, только не выделяли «ПИЩА и НАПИТКИ» в отдельную главу, а помещали в качестве генеральной рубрики в главу ОБЩЕЕ. Не забудем, что при этом никто из них не заявлял, что в результате получился новый реперторий Кента. Всё это авторы позволяли себе в своих собственных, авторских реперториях. Я убеждён, что, переводя и издавая Реперторий Кента, авторы нового перевода обязаны были оставить указанные разделы на тех местах, где они были у Кента только потому, что так было у Кента.

Единственным, несомненно, разумным и оправданным решением авторов нового перевода в плане реструктуризации репертория является вынесение рубрики «Простуда» из-под рубрики «Холод», где она находилась в оригинале. Я сам тоже старался это сделать. Однако, в моём переводе Репертория из б1 рубрики, в которой встречается слово «простуда», в 5 случаях этого сделать не удалось.

Автор в этом месте проговорился! Что поделаешь, без реструктуризации тоже не обошелся.

НАТАХИН М.В.

III. Способ отображения материала

Самым важным условием для удобства работы с реперторием, несомненно, является формат переведенного симптома. Вот, что я писал по этому поводу в предисловии к первому изданию своего перевода: *«Отсутствие надежных окончаний в английском языке позволяет без ущерба извлекать ключевое слово из симптома и помещать его в начало строки. Поскольку Реперторий построен так, что симптомы внутри каждого уровня расположены в алфавитном порядке по ключевым словам, мы тоже, для удобства работы с Реперторием, вынуждены были вынести ключевые слова в начало строк, помещая на их месте в тексте значок <>. При этом, чтобы сохранить смысл фразы, их приходилось оставлять в тех надежах, в которых они были в тексте симптома».*

А вот, как поступили авторы нового перевода: *«В процессе перевода был выбран новый оригинальный формат симптома с ключевым словом в именительном надеже... Во всем репертории строго соблюдается единообразие формы записи симптома в именительном надеже».*

И вот, что из этого получилось (вверху мой перевод, внизу – новый):

ГОЛОВА \ БОЛЬ головная \ от Прикосновения \ к темени
 ГОЛОВА \ БОЛЬ \ Прикосновение □ от \ темя □ к

В нашем варианте симптом звучит следующим образом:

ГОЛОВА \ БОЛЬ \ прикосновение ⇒ при \ Темя ⇒ при прикосновении к

Выбранная форма представления симптома позволяет быстро найти его в тексте, что единодушно подтверждают пользователи новой версии «Репертория». Таким образом, то, что г-н Филин считает недостатком книги, является одним из главных ее достоинств.

Е.Ю. Филин вырвал из контекста один симптом. Но обсуждать форму записи по одному симптому несерьезно.

МЕТАКСА Е.Е.

ГОРЛО \ БОЛЬ \ Мокроты, при отхождении <> - хуже:

ГОРЛО \ БОЛЬ \ Отхождение мокроты □ при (...) усиливается

Что при чём усиливается, отхождение мокроты при боли, или наоборот? И ключевое слово выбрано неправильно. В этой же генеральной рубрике есть симптом «при Отхаркивании», поэтому слово «Отхождение» никто искать не будет. А вот слово «Мокрота» – будут. Но его нет, оно спрятано внутри конструкции.

Если бы Е.Ю. Филин держал в руках печатную версию Репертория, то узнал бы из Предисловия, что в скобках должно стоять ключевое слово, и легко бы разобрался, что при чем усиливается.

Также в приведенном примере записи симптома Е.Ю. забыл поставить тире - а это уже принципиальное искажение. Симптом следует читать так:

ГОРЛО \ БОЛЬ \ отхождение мокроты ⇒ при (...) - усиливается

ДМИТРИЕВ В.К.

ЖЕЛУДОК \ АППЕТИТ \ Отсутствие \ Мысли, после <> о пище:

ЖЕЛУДОК \ АППЕТИТ \ отсутствие \ мысли о еде □ после

Так что после чего?! И перевод неправильный. В оригинале «after thinking of food». «Food» – это пища. Слово «Еда» может быть понято, как приём пищи, а это «eating» или «meal».

ЖИВОТ \ БОЛЬ \... \ в Пупке \ распространяющаяся \ в Вульву \ при кашле:

ЖИВОТ \ БОЛЬ \... \ Пупок □ в \ распространяющаяся \ вульва □ в \ кашель □ при

Это полная фантазия, на сайте такого текста нет. И в репертории такого сочетания симптомов вульва+кашель у нас нет. У нас так:

ЖИВОТ \ БОЛЬ \ тупая, ноющая \ Пупок \ распространяется в \ наружные половые органы \ кашель ⇒ при

НАТАХИН М.В.

Можно приводить и другие примеры. Вывод напрашивается сам. Способ представления симптомов в моём переводе лучше, так как понятнее, правильнее с точки зрения построения фраз в русском языке и более соответствует понятию «полноценный перевод». А новый перевод больше напоминает именно кальку – дословный подстрочник английского текста, в котором, как раз, все слова в именительном падеже, а все предлоги стоят после ключевого слова. Более того, позволю себе высказать крамольную мысль, что новый перевод чем-то напоминает мне плохо отредактированный автоматический машинный перевод рубрик репертория.

Именно в этом месте хотелось бы подробнее остановиться на переводе, как таковом. Рубрика, которая в оригинале выглядит как

EAR – PAIN – cold, from taking – in head

мною переведена следующим образом:

УШИ \ БОЛЬ \ Головы, от охлаждения <>:

(более точно следовало бы - «Голову, если застудил <>»)

переведена в новой редакции как

УШИ \ БОЛЬ \ Голова □ холод в

В последнем случае не сразу понятен смысл симптома (что в чём: голова в холоде или холод в голове?). Но, как оказывается при сравнении с оригиналом, рубрика переведена неправильно.

Опять подстрочник. Мы же старались переводить по наиболее частым реальным выражениям больных.

ЯНОВСКИЙ О.Г.

Рубрика, которая в оригинале (индийского издания) Репертория выглядит как

MIND \ IDEAS \ in same

бессмысленна, и я при подготовке первого издания долго думал и перевел её следующим образом:

ПСИХИКА \ Идеи, мысли \ об Одном и том же

Это было абсолютно неправильно, но этот же текст переключал и во второе издание моего перевода. При подготовке третьего издания я для уточнения обратился к COMPLETE 2005 и

обнаружил, что на самом деле, у Кента эта рубрика выглядела совсем по-другому:

MIND \ IDEAS \ insane

поэтому в программе «Радуга-5» и в третьем издании моего перевода эта рубрика уже была переведена как

ПСИХИКА | Идеи, мысли | Безумные

У авторов нового перевода она переведена как

ПСИХИКА | Идеи, мысли | одни и те же, заикленность

Как говорится, комментарии излишни. Но могу прокомментировать. Два переводчика, хоть и очень маловероятно, но могут перевести одно и то же выражение одинаково, потому что вариантов правильного перевода, хоть и много, но, всё же, конечное число. Но никогда два переводчика не могут в одном месте сделать одну и ту же ошибку, потому что вариантов ошибочного перевода может быть бесконечное много. Одинаковые ошибки в разных переводах неопровержимо свидетельствуют о том, что один из них переписан с другого (пусть даже с косметической правкой).

Давайте не будем предлагать готовых решений, а позволим пользователям новой версии «Репертория» сделать выводы самим.

Вы можете познакомиться с авторами перевода и этапами работы над текстом в нашей статье. (См. ниже). Мы не сомневаемся в лингвистических способностях Е.Ю. Филина и его умении правильно формулировать симптом по-русски. Вопрос состоит совершенно в другом - симптом должен быть сформулирован так, чтобы его можно было легко найти.

ДМИТРИЕВ В.К.

Третье, переработанное издание моего перевода Репертория вышло в свет больше года назад. Если мое предыдущее допущение правильное, то у новых издателей Репертория была такая фора! Могли бы «вылизать» свой перевод, используя мой опыт. Но даже этого они не сделали...

Тут же, в новом переводе через несколько рубрик можно обнаружить симптом:

ПСИХИКА | Идеи, мысли | отсутствие, недостаток | помеха □ при любой: (MIND | IDEAS | Deficiency of | interruption, from any:).

Хотя слово interruption имеет первое и основное значение, наиболее подходящее здесь – прерывание. Для обозначения «помехи» в оригинале Репертория обычно используются другие слова. И тогда правильный перевод должен выглядеть как

ПСИХИКА | Идеи, мысли | отсутствие, недостаток | прерывания, от любого <>:

В крайнем случае, слово «помеха» может быть добавлено, как второй, менее вероятный вариант перевода.

Можно спорить: прерывание – тоже помеха. А что имел в виду Кент: помеху в широком смысле или конкретно одну из помех – прерывание – мы не знаем. ЯНОВСКИЙ О.Г.

С помощью программы «Пересвет-гомеопатия» можно разглядеть ещё одну странность. Среди вложенных симптомов в рубрику

ПСИХИКА | Идеи, мысли | отсутствие, недостаток

Находим рубрику «день», которой нет у Кента. А среди вложенных в рубрику

ПСИХИКА | Идеи, мысли | обилие

находим две рубрики «слабость □ со» и «чередуется с оступением», которых нет у Кента, но мы не найдем здесь рубрики «persistent» («постоянное»), которая у Кента есть!

Что это? Верхушка айсберга, четыре из, гораздо более многочисленных ошибок при пересортировке симптомов или настолько вольное обращение с оригиналом?

«В начале 1972 года доктор Ахмед Курим заметил нечто странное – даже в третьем американском издании репертория Кента было много опечаток. Он был удивлен, что Кент не позаботился об исправлении этих ошибок. Изучив вопрос, он обнаружил для себя, что Кент умер 16 июня 1916 года, до опубликования третьего

издания и физически не мог внести в него исправления» (сайт фирмы Archibel).

ЯНОВСКИЙ О.Г.

Мы подчеркнули, что перевод делался с индийского издания (мы пишем об этом в предисловии книги), как известно, в нем тоже были ошибки. То, о чем говорит Е.Ю. Филин – ошибка индийского издателя, а не русского переводчика. Мы сделали ту же ошибку, что и Филин в двух своих изданиях. Для ее исправления ему понадобилось 11 лет. Мы сделаем это быстрее.

ДМИТРИЕВ В.К.

Не слишком ли много вопросов рождает внимательное изучение всего лишь одного экрана программы «Пересвет-гомеопатия» со всего лишь одной генеральной рубрикой из первой и самой важной главы нового перевода Репертория?

Особое внимание авторы нового перевода уделили проблеме перевода модальностей. В английском оригинале автору, да и всем пользователям Репертория, хватало всего двух слов для обозначения направления изменения состояния: Agg. – в смысле ухудшения и Amel. – в смысле улучшения. И всем было понятно, о чём идет речь. Каждый, исходя из контекста, подставлял нужную в конкретном случае грамматическую форму. Этим могли ограничиться и новые переводчики. Наши врачи не глупее американских, и догадались бы, что, если от тепла, то – лучше, а если боль, то – уменьшается или ослабевает, а если компресс, то – облегчает или уменьшает. Но новые авторы захотели «уйти от кальки», поэтому для каждой из модальностей использовали по пять вариантов перевода. Жаль только, что, уйдя от кальки, они до «полноценного современного перевода» так и не дошли. Если уж переводить по-настоящему, то, к примеру, в моей версии перевода для обозначения всех вариантов Agg. пришлось использовать 32 выражения на русском языке, а для перевода Amel. – даже 51 выражение. Вот тогда получается понятно и по-русски. Правда, такое многообразие требуется, если, всё-таки, использовать при переводе принятые в русском языке падежи.

Внимательнее читайте комментарии к переводу: нами использовалось всего 4 варианта перевода Agg.- хуже, усиливает(-ся), ухудшает(-ся), возрастает и Amel. - лучше, уменьшает(ся), облегчает(-ся), ослабевает.

Один из главных недостатков «Репертория» под ред. Е.Ю. Филина - сложность поиска симптома, вызванная присутствием предлогов, падежных окончаний. По этой причине редактор просто вынужден вводить такое огромное количество синонимов Agg. и Amel. Иными словами, форма написания симптома не была продумана с самого начала. «Реперторий» - это не беллетристика, не любовный роман, а справочник. Подобное многословие только затрудняет работу с ним. И наши врачи тоже понимают это, так как не глупее американских.

ДМИТРИЕВ В.К

Лаконизм же авторов нового перевода не раз их подводил. Чего стоит, например, такой перл:

***ПСИХИКА* | Идеи, мысли | отсутствие, недостаток | рвота – уменьшает:**

Что она уменьшает – и без того скудные мысли?! Тогда, что имел в виду автор, хуже больному от рвоты или, всё-таки, лучше?

Зачем повторять чужие ошибки? Наверняка еще будут и 4-е, и 5-издания, где г-н Филин продолжит свою работу над ошибками....

ДМИТРИЕВ В.К.

Заключение

Вспомним теперь ещё раз, что писали авторы нового перевода: *«Наш вариант репертория Дж.Т. Кента, представляет собой не просто «кальку» англоязычного варианта, а его полноценный современный перевод»*. Похоже, что они всё перепутали. Там, где надо было точно следовать оригиналу и сохранить в неприкосновенности его индивидуальные особенности, они делали с ним что хотели –

нарушили и подбор материала и оригинальные принципы его расстановки. А там, где следовало проявить себя и сделать действительно полноценный русский перевод, ограничились, на самом деле, «калькой».

Итак, хочу подвести итог. Большая и напряженная многолетняя работа *Лаборатории новых медицинских технологий Федерального научного клинико-экспериментального центра традиционных методов диагностики и лечения Росздрава и Издательства «Гомеопатическая медицина»* над созданием нового перевода Репертория Кента, по моему мнению, увенчалась неудачей. Гора родила мышь.

Главный редактор В.К.Дмитриев с коллективом делали новый перевод исходя из принципа, как сказали бы на Украине, «Нехай гірше, аби інше» (пусть хуже, лишь бы иначе). И в этом отношении они свою задачу выполнили.

Насколько хуже, пусть каждый решает для себя сам, а вот «иначе» получилось настолько, что результат их труда реперториум Кента уже не является. И называть его так они не имеют права, так как это – не что иное, как недобросовестная реклама, обман покупателей путем использования «раскрученного бренда» для своей продукции.

P.S. от автора: могут сказать, что в своей критике я слишком эмоционален, а значит – необъективен. Человек, вообще, по определению, не бывает объективным. Даже тогда, когда предмет обсуждения ему совсем не интересен. Здесь же речь идёт о предмете, очень хорошо мне знакомом и близком. И даже если бы я спрятал свои эмоции за кажущейся беспристрастностью, проницательный читатель справедливо усмотрел бы в этом лицемерие. Как и любой нормальный человек, я пристрастен. Важно, чтобы, несмотря на эмоции, критика, тем не менее, оставалась справедливой. Надеюсь, что это мне удалось.

Спасибо, что потратили уйму времени в попытке. вникнуть в проблему, ведь нам, безусловно, интересно любое частное мнение. Но мы убеждены, что время и те, для кого мы работаем, нас рассудят.

ДМИТРИЕВ В.К.

К ВОПРОСУ О НОВОЙ ВЕРСИИ
«РЕПЕРТОРИЯ» ДЖ. КЕНТА
(КОЛЛЕКТИВНОЕ МНЕНИЕ ПО ЧАСТНОМУ ВОПРОСУ)

к.м.н.Дмитриев В.К., к.м.н. Яновский О.Г.,
к.м.н. Королева Н.А., к.м.н. Метакса Е.Е., Натахин М.В.
Москва, РФ

Вы, уважаемые читатели, уже ознакомились со статьей г-на Е. Ю. Филина «Нехай гірше, аби інше», в которой обнаженные эмоции, скороспелые выводы и передергивание фактов сочетаются с ёрническими эскападами в адрес коллектива, работавшего над проектом новой версии «Репертория» Дж.Т. Кента. Такая форма ведения дискуссии не имеет ничего общего с академической.

Все очень просто – нарушилась многолетняя монополия на издание (в печатной и электронной версиях) справочников под названием «реперторий». Е.Ю. Филину это не нравится, но никто не вправе запретить человеку высказать свое мнение. Смущает одно – это мнение заинтересованной стороны.

Прочитав представленный материал, возможно, кто-то ужаснется. Был замечательный перевод «Репертория» Е.Ю. Филина, выдержавший аж три издания, и тут вдруг появляется какая-то группа самозванцев, выдает что-то непотребное, не постеснявшись подписать сей труд именем Кента. Это же ужасно! Куда смотрит гомеопатическая общественность? Ситуация с новой версией «Репертория» Кента со слов Филина выглядит приблизительно так: собралось два десятка человек, которым нечем было заняться и потратили уйму времени на никому не нужное дело. Истину в последней инстанции знает, видимо, только «практически единственный специалист у нас в этой области». Высокопрофессиональный коллектив, пять лет работавший над проектом, представлен как сборище профанов и дилетантов.

Разумеется, было много причин для начала работы над новой версией «Репертория». Если кто-либо из читателей поставит во главу угла тему «демонополизации», то будет прав лишь отчасти.

У д-ра Е.Ю. Филина после выхода в свет программы «Пересвет Гомеопатия» (весна 2007 года) и печатной версии «Репертория» (сентябрь 2007 года) было время серьезно подготовиться и оппонировать, опираясь на большой массив данных. Однако, он предпочел сделать экспресс-анализ с экрана компьютера, на основании текста и картинок с сайта в Интернете. Это приблизительно то же самое, что пытаться составить представление о продукте по его рекламному буклету. Подчеркиваем, что свой анализ Е.Ю. Филин проводит на основе рабочих материалов, представленных отдельными фрагментами на сайтах участников проекта. Даже книжного варианта «Репертория» наш оппонент не держал в руках! По этой причине он нередко даже не понимает, о чем идет речь.

Проиллюстрируем это несколькими примерами. В «Реперторий» были введены две специально подготовленные обобщающие рубрики: «Ощущения» и «Патологические состояния». Вопрос о введении их мы обсудили с несколькими десятками практикующих врачей-гомеопатов. Все опрошенные были единодушны по поводу обобщающей рубрики «Ощущения». Во-первых, рубрика позволяет с помощью специально разработанной формы подачи симптома («навигатора») выйти практически на любой иерархический уровень симптома ощущения, во-вторых – помещать рубрику «Ощущения» следует в конце глав, где выделение симптомов ощущения в принципе возможно, чтобы пользователь сразу же мог приступить к поиску симптома в тексте. Более того, значительная часть респондентов высказалась за эту рубрику, как помогающую в освоении текста и структуры «Репертория». По поводу рубрики «Патологические состояния» у наших коллег не было единодушного мнения. Мы слышали и «да», и «нет», и «будет ясно, когда начнешь работать». Поэтому эта рубрика была размещена в конце книги. Мы очень заинтересованы услышать мнение пользователей нашего «Репертория».

Еще один пример. До начала основной работы по переводу, было принято согласованное решение по поводу наиболее оптимальной формы подачи симптома. Были перепробованы самые разные варианты. Это связано с тем, что читабельность и возможность быстрого восприятия текста

являются наиболее узкими местами «Репертория» под редакцией Е.Ю. Филина. Было принято решение об использовании ключевого слова в именительном падеже, о введении дополнительных символов, указывающих на начало чтения симптома, вставку ключевого слова. Нам удалось разработать очень простую и понятную форму записи симптома, которая осваивается буквально «на ходу». Благодаря использованию в печатном варианте книги нормального размера шрифта (все три издания «Репертория» под ред. Е.Ю. Филина выполнены с использованием мелкого шрифта), широкому текстовому полю (2 столбца на странице), специальным знакам выделения уровней иерархии стало возможным быстрое нахождение нужного симптома. Особенно наглядно это обнаруживается при беглом, «диагональном» просмотре текста. Наши читатели однозначно оценили принятую форму записи симптома в совокупности с формой представления материала как одно из главных достоинств новой версии «Репертория».

Теперь несколько слов о пресловутом процессе и продукте. Заглянем в главу ПОТООТДЕЛЕНИЕ. На уровне генеральных перечисляются как модальности, связанные со временем и условиями появления потоотделения, так и рубрики, связанные с характеристиками пота, например, едкий, липкий, горячий. Очевидно, что в английском языке такое сплошное перечисление рубрик правомочно. В русском языке понятия потоотделения и пота – разные, поэтому на уровне генеральных была создана рубрика ПОТ, куда и были перемещены связанные с этим понятием рубрики. Таким образом, изменение структуры отдельных глав «Репертория» не привело к потере информации.

А теперь обратимся к вопросу качества перевода версии «Репертория», имеющейся на рынке. Прибегнем к помощи нашего оппонента, используя материалы сайта Е.Ю. Филина. В разделе «Наша история» читаем следующее: «... с момента выхода в свет первого русского издания репертория Кента периодически появлялись слухи о том, что он содержит массу ошибок». Следует несколько огорчить д-ра Е.Ю. Филина. Слухи эти появлялись не периодически, они сопутствовали книге с первого дня ее выхода в свет. Владея английским «со словарем», г-н Е.Ю.Филин несколько переоценил свои возможности как переводчика и после ухода из проекта врача-

гомеопата Лазаревой Н.А. заканчивал работу самостоятельно. В апреле 1995 года вышло первое издание репертория Кента под редакцией Е.Ю. Филина. Вскоре группа гомеопатов, работающих с англоязычными реперториями, вынесла неутешительный вердикт – около 1000 (!) ошибок при очень беглом знакомстве с текстом (дело происходило на о. Алониссос в рамках школы Дж. Витулкаса). Но время шло, и в 1997 году появляется второе издание «Репертория». В предисловии Е.Ю. Филин пишет, что исправлены ошибки. Гомеопатическую общественность интересует одно – сколько? «Шестьсот», – скромно отвечает Евгений Юльевич в частных беседах. В Предисловии к третьему изданию он отмечает, что «исправлено несколько сотен явных ошибок перевода» (!). Кстати, по нашим данным, во втором издании их содержалось не менее девятисот. Может быть, кто-то скажет, сколько «явных ошибок» содержит 3-е «переработанное русское издание»? Разумеется, сводить появление новой версии к «работе над ошибками» было бы совершенно неверно!

Решение о начале работы над «Реперториумом» Кента не было спонтанным и продиктовано коллективным мнением множества специалистов, хорошо знающих реперторизацию, использующих в работе англоязычные репертории и, конечно, знакомыми с реперториями под редакцией Филина Е.Ю. Специалисты, правда, не всегда были единодушны. Одна из точек зрения казалась весьма пессимистичной: подстрочный перевод Кента на русский язык невозможен (т.е. перевести нельзя и точка!) Перевод Е.Ю. Филина был самым веским аргументом в пользу этого.

Поэтому многие практикующие врачи-гомеопаты предпочитали англоязычный «Реперторий» и совершенствовали свой английский. Когда речь идет о молодом специалисте, знающем английский язык, еще не обремененном многими заботами – нет проблем. К его услугам сотни томов оригиналов гомеопатической литературы. А как быть остальным, людям среднего возраста, разочаровавшимся в конвенциональной медицине?

Была и другая причина создания новой версии «Репертория». О ней, кстати, говорит и сам Филин: «Однако... стало ясно, что «Реперторий» Кента – не последнее слово в

гомеопатическом мире, что за время, прошедшее с тех пор, как профессор Дж.Т. Кент, а в последствии его жена Клара Луиза Кент внесли в него последние дополнения, появились новые репертории, более полные, особенно в отношении психических и общих симптомов». Что же делать? Признать «Реперторий» Кента устаревшей книгой и отправить его на почетное место в архив?

Сделав анализ содержания SYNTHESIS фирмы «Archibel», Е.Ю. Филин приходит к выводу: в основе его «Реперторий» Кента, а 90% дополнений бельгийцы сделали в главы «Психика» и «Общее». Показав язык переводчику А.П.Семенову, работавшему над переводом SYNTHESIS по заказу фирмы-праводержателя, Е.Ю. Филин выпустил книгу под названием «Синтез», включив туда те самые две главы.

Понятны мотивы Е.Ю. Филина, потому что врачи, «владеющие методом гомеопатии как в фундаментальном, так и практическом аспектах» давно уже ориентированы на бесперспективность (!) издания в XXI веке «Репертория» Дж.Т. Кента в связи с тем, что в нынешнем виде оригинал этого замечательного труда выглядит во многом неполной и неудовлетворяющей запросы современного врача-гомеопата книгой. В Кенте есть много зияющих дыр. Только заполнив эти пустоты, можно оставить «Реперторий» Кента на книжной полке врача-гомеопата.

Если воспринимать творение Кента как живое, органичное наследие, то оно не может оставаться застывшим на века, словно памятник или математическая формула. Время вносит свои поправки. Меняется все: меняются условия жизни, меняются препараты... Стараться сделать язык Кента более доступным и понятным именно российскому врачу-гомеопату – это и есть бережное отношение к классику. Тем более, что сам Кент, готовя свой «Реперторий», создал систему, открытую для последующих дополнений. Вопрос состоит в том, как воспользоваться этой открытостью.

Берясь за дополнения в Реперторий, мы не были оригинальными. Так, в 1966 году во Франции был издан «Реперторий» Кента под редакцией Жоржа Бруссальяна. Из верности автору Ж. Бруссальян отказался от добавления новых рубрик, а сам перевод был сделан по принципу жесткого

подстрочника. «Реперторий» имел ограниченный успех и часто подвергался критике. В 90-х годах вышел в свет принципиально иной перевод Эдуара Бруссальяна. При подготовке репертория были учтены различия между английским и французским языками, к переводу были привлечены профессиональные лингвисты, и окончательная версия уже не напоминала беспомощную «кальку» репертория-предшественника. Зная о существовании в «Репертории» Кента тех «зияющих дыр», о которых мы говорили раньше, Эдуар Бруссальян не побоялся обвинений в «издевательстве над классиком» и обогатил труд многими добавлениями по типу тех, которые делали в своих реперториях Кюнцли и Бартель. Не побоялся и победил! Французский перевод «Репертория» Кента, сделанный Эдуаром Бруссальяном, был выполнен для *практического врача-француза*, а не для *французской библиотеки*, и по праву считается одним из лучших переводов Кента. Заметим, что в этой версии «Репертория» Эдуар Бруссальян предваряет каждую главу подробнейшим планом-«навигатором». Нет у Кента ничего подобного! Надо полагать, что Е.Ю. Филин просто обязан призвать французское гомеопатическое сообщество разобратся с этим горе-редактором!

Наш вариант перевода более осторожен и, если хотите, сделан во многом с оглядкой на общественное мнение.

Исходным материалом для работы рассматривался исключительно английский текст оригинала. Работая над переводом Репертория Кента, мы вообще не ориентировались на существующий перевод, тем более не ставили специальную задачу сравнить наш перевод и перевод Е.Ю. Филина. Наш перевод – другой. Это не отрицает и сам Е.Ю. Филин. Тем не менее, совсем не учитывать предыдущий опыт было бы неверно, дабы не повторять ошибок.

Перевод был сделан опытными врачами-гомеопатами, выпускниками школы гомеопатии Лондонского Факультета: Мельниковым С.А. (переводчик книг М. Тайлер «Терапевтический указатель», П. Чеппелла «Гомеопатическое исцеление психоэмоциональной травмы», Д. Гамильтона «Гомеопатическое лечение кошек и собак», Г. Бентли «Внешность и миазматическое влияние» «Гомеопатический анализ черт лица») и Г.А. Федотовой (переводчик книг Дж. Г.

Кларка «Словарь практической *Materia Medica*», Г. Зи «Миазмы в родах», Т.П. Паскерио «Гомеопатия» и других). Консультантом перевода был один из ведущих сотрудников Лондонского Факультета Рассел Малькольм (MFHom).

После завершения перевода текст поступал к редакторам, врачам-гомеопатам: к.м.н. Д.Т. Дичевой и В.С. Дмитриевой (выпускник школы Лондонского Факультета), а затем к корректору-лингвисту Л.Г. Тумасовой. Целью работы научных редакторов к.м.н. О.Г. Яновского и к.м.н. Н.А. Королевой была расстановка основных акцентов, благодаря которым новый перевод «Репертория» Кента перестал походить на простую англоязычную «кальку». Реперторий – это не только литературное наследие, но и современный рабочий инструмент. Перевод книги на другой язык – не техническая, а творческая проблема, поэтому повсеместно корректно используют термин «автор перевода». Профессиональные переводчики, не имеющие практики в области, которой посвящена книга, неизбежно совершают ошибки перевода. Поэтому научная редакция опирается на анализ, педагогическую работу, многолетнюю практику врача-гомеопата.

Провозглашая лозунг о неприкасаемости классика, Е.Ю. Филин в своем переводе буквально копирует англоязычную книгу, заменяя английские слова наиболее подходящими с его точки зрения русскими. И считает такой подход единственно правильным. Структурная перестройка отдельных рубрик и глав, осуществленная в новом переводе, вовсе не означает того, что труд Кента был подвергнут пересмотру. Он был адаптирован к особенностям русского языка.

Все подробности, касающиеся особенностей перевода «Репертория» Дж.Т. Кента, Вы можете прочитать на сайте издательства «Гомеопатическая Медицина» www.gommed.ru.

МАТЕРИА МЕДИКА

ВЛИЯНИЕ ГОНОКОККОВОГО ТОКСИНА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Гой Н.В.

преподаватель высшей категории, Донецк, Украина

Демографические показатели в Украине за последнее десятилетие имеют отрицательные значения, то есть население стареет, а значит вымирает. Одним из факторов, которые влияют на прирост населения является здоровье молодежи в половом отношении. Пропаганда «свободной жизни», «вульгарного поведения», сексуальная распушенность привели к системному массовому заболеванию венерическими болезнями. Доступность лекарственных препаратов специфического действия предопределяет высокую частоту самолечения, которое часто приводит к хронизации патологического процесса. Следствием его является бесплодие или снижение репродуктивной функции населения.

Одним из факторов микробного происхождения, которое имеет прямое отношение к этому явлению, есть гонококковый токсин.

Мы все знаем, что гонококк вызывает гонорею и бленнорею. Из курса микробиологии мы также знаем, что все микроорганизмы коккового происхождения вызывают гнойные воспаления разной локализации, которые имеют склонность к хронизации и заканчиваются образованием рубцов. Иными словами заживления раны, где есть патогенный кокк, всегда происходит вторичным натяжением, а значит вызывает деформацию в анатомическом понимании, а также вызывает нарушение функции клетки, ткани, органа или системы в целом.

Целью нашего исследования было выучить действие гонококка на организм человека.

Изучение проводилось на 3-х уровнях.

Были взяты:

- уровень личности или психический уровень.
- уровень органный или функциональный уровень.
- уровень клеточный или анатомический уровень.

Для изучения патогенеза гонококкового токсина мы воспользовались клиническими записями немецких врачей в 10 томах доктора Константина Геринга.

Все симптомы, которые выявлялись, мы сгруппировали в виде таблиц (некоторые похожие симптомы мы объединили в один). Обращаем внимание, что записи велись как при острой гонорее, так и после хронизации процесса.

Психический уровень

Этот уровень симптомов дает характеристику личности, предоставляет признаки человека, как виду, в мире живого. Были взяты такие номинации:

- характер (то есть поведение личности в окружающей среде);
 - ощущение (то есть внутренние переживания);
 - память
 - язык
 - письмо
- } как признаки интеллектуальности

По 1 группе, в которой оценивают характер человека (его поведение) под воздействием гонорейного токсина, обнаружены такие симптомы:

- ранимость, резкое слово приводит к отчаянию на некоторое время;
- суетливость, все время спешит;
- не может говорить без крика;
- раздражительность по пустякам;

- нервная возбужденность с дрожью;
- перепады настроения: то веселый, то грустный; то злой, то радостный;
- эгоизм, нетерпимость других людей;
- страх темноты.

2 *группа* симптомов отображает эмоциональные признаки психики (внутренние переживания):

- просыпается с ощущением неосознанного страха;
- галлюцинации не агрессивного характера: зрительные - в виде людей, животных; а также звуковые;
- ощущение умопомешательства;
- склонность к самоубийству;
- ощущение, что "жизнь - нереальна, как сон";
- время воспринимается медленно ("что было вчера, считает, что было очень давно") и т.д.

3 *группа* отображает интеллектуальные признаки личности. Обнаружены такие нарушения со стороны памяти, языка, записи (письма):

память:

- слабость памяти;
- полностью забывает прочитанное, даже одну прочитанную строку;
- забывает слова и даже буквы;
- забывает имена близких людей и даже свое;
- постоянно забывает главную мысль в разговоре;

язык:

- неверно строит предложения, потому что не знает последовательность слов;
- не может сконцентрировать мысль на предложенной теме;
- теряет нить разговора.

записи (письмо):

- читает слово и тут же не может его записать верно.

Органный или функциональный уровень симптомов

Для изучения этого уровня поражения, мы просмотрели влияние токсина на половую и мочевыделительную функции, потому что главная функция всего живого - сохранение вида. Как известно, гонококк имеет органотропность именно к этим органам, вызывая гнойное воспаление.

Обнаружены такие симптомы поражения системы:

1. Мочевые органы в целом:

- сильная боль в зоне проекции почек;
- ощущение давления в мочевом пузыре (моча выделяется небольшими порциями, она мутная, с большим содержанием слизи, крови, белями, фосфатами, покрытая жирной пленкой);
- профузное мочеотделение;
- абсцесс почек;
- ощущение жжения в начале мочеотделения;
- болезненный спазм мочевого пузыря и толстой кишки;
- энурез, моча вонючая в большом количестве;
- слабость после мочеотделения.

2. Половые нарушения у мужчин:

- ночные поллюции со слабостью на весь день;
- эякуляция во сне;
- импотенция;
- выделения жидкие, раздражающие кожу, гнойные, прозрачные, окрашивают белье в желтый цвет;
- уретрит с затруднительным опорожнением пузыря, недержание мочи (в условиях холода, от переохлаждения);
- хроническая стриктура (образование рубца по ходу выделения мочи);
- везикулезная сыпь на слизистых оболочках половых

органов.

3. Половые нарушения у женщин:

- боль в левом яичнике усиливается при ходьбе, иррадирует в ногу (аднексит);
- интенсивная боль неврологического характера по всей тазовой области (эндометрит);
- эрозии шейки матки;
- профузные мenses с болью и дурнотой (головокружение);
- бели;
- зуд половых органов;
- мелкие эрозии (как шанкры) на половых органах;
- короткая, стреляющая боль в молочных железах, которые чрезвычайно чувствительны.

Уровень анатомический или клеточный

Для характеристики действия токсина на этом уровне мы взяли орган, в котором каждая клетка или небольшая группа клеток имеет значение и свою функциональную нагрузку, - глаза. К тому же из микробиологии мы знаем, что гонококк вызывает бленнорею, то есть он специфичен к органу зрения.

Выявлены такие симптомы:

- невралгическая боль в глазных яблоках, когда сжимает веки или вращает глазами;
- ощущение песка под веками, слезоточивость и жар;
- краснота и сухость век;
- припухлость, чувствительность, резкое жжение краев век;
- уплотнение век, становятся как хрящ;
- зуд бровей, ресниц, их выпадение;
- припухлость под глазами.

На основании наших исследований можно сделать такие выводы.

1. Гонорейный токсин влияет на психическое состояние личности человека, который проявляется в признаках истощения нервной системы организма.
2. Действие токсина отмечается на психическом уровне, есть поражения эмоционального, интеллектуального и поведенческого характера.
3. Гонококковый токсин влияет на половые органы человека и снижает репродуктивную функцию как при остром заболевании, так и после лечения его.
4. Гонококковый токсин имеет отдаленные формы действия в скрытой форме, после перенесенной инфекции в виде хронизации процесса воспалительных заболеваний, нарушений функциональных выделений, импотенции, бесплодия и т.д.
5. Гонококковый токсин влияет на орган зрения в пределах конъюнктивы век, глазных яблок, бровей в виде гнойного воспаления и склерозирования, что вызывает нарушение защиты органа зрения от факторов внешней среды.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

Первый раз с этой пациенткой я познакомилась, когда ей было три года.

За год и три месяца до визита девочке была сделана вакцинация против кори, после которой в течение недели было повышение температуры тела до 40°C без катаральных явлений. Через месяц возник отек правого голеностопного сустава и жалобы на боль. Хирург расценил эти симптомы, как последствия возможной травмы и наложил гипсовую лонгету. Уже в 2 года был поставлен диагноз ревматоидного артрита. В результате применения аспирина и вольтарена отек и боль прекратились. Через год снова возник отек но уже не только голеностопного, но и коленного сустава, но на этот раз без сильной боли. С этими жалобами мать и обратилась за консультацией. При объективном осмотре оба сустава со значительным отеком без красноты.

Назначение *Silicea 1000CH* в течение 10 дней ежедневно вызвало увеличение отека. Прием лекарства был уменьшен до одного раза в неделю и отек стал медленно, но неуклонно уменьшаться. Аллопатических лекарств девочка не получала.

В 4,5 года осталась лишь небольшая округлость правого коленного сустава по сравнению с левым. *Silicea 1000CH* девочка принимала до 5,5 лет (один раз в 28 дней).

Осмотр в 8 лет: жалоб нет. Возникающие проблемы были успешно решены путем назначения *Apis mellifica 200CH*, *Drosera rotundifolia 1000CH*, *Rhododendron 50CH*, *Staphysagria 200CH*, *Chamomilla 200CH*, *Cina 200CH*.

Полгода спустя: общее самочувствие хорошее, занимается аэробикой. Беспокоит наличие аденоидных вегетаций, которые предлагают удалить хирургическим путем. Заочно назначена *Thuja occidentalis 200CH* (у бабушки это лекарство помогло справиться с полипом прямой кишки).

9 лет: с приемом *Thuja* улучшилось носовое дыхание. На фоне длительного перерыва в приеме гомеопатических средств (полтора года) появились признаки бурного полового созревания. Стала часто болеть простудами. За несколько дней до консультации появились боль и отек в левом коленном суставе, небольшое припухание правого голеностопного

сустава. Вновь была назначена *Silicea 1000CH*, но симптомы артрита на этот раз уменьшились незначительно. Появился тонкий белоснежный налет на языке – из-за чего последовало назначение *Kalium muriaticum 200CH* (два раза в день, через день, чередуя по дням с однократным приемом *Silicea 1000CH*). На следующий день произошло усиление отека и боли в левом коленном суставе, после чего «волнообразное» поведение болезни. Назначения были изменены: *Silicea 1000CH* два раза в неделю, *Silicea 30CH* в свободные дни, *Kalium muriaticum 200CH* ежедневно на ночь. В течение нескольких недель признаки обострившегося артрита исчезли. В связи с ухудшением носового дыхания выписана *Thuja occidentalis 1000CH* (поочередно по воскресеньям с *Silicea 1000CH*).

Полгода и год спустя суставы не беспокоят, визуально без патологических изменений. Носовое дыхание свободно. Менархе 11 лет.

КОММЕНТАРИЙ:

Со слов матери, у девочки не было реакции на первые профилактические прививки, проведенные согласно календарному плану. Высокая лихорадка и поражение суставов явились осложнением коревой вакцины в 1 год и 9 месяцев. Возможно, что реакция на первые прививки была незначительной, или расценена как естественная.

Вакцинации – серьезное вмешательство в иммунную систему, попытка ее искусственной перестройки. Наша задача внимательно следить за реакцией на прививки и обучать родителей так же внимательно, но без паники следить за состоянием привитого ребенка. Осложнения часто констатируют с большим опозданием или вовсе не относят возникшую патологию на их счет. Так и случилось в рассмотренном случае.

Пропись *Silicea* основывалась на том, что это одно из первых и самых популярных «антипрививочных» гомеопатических лекарств. Кроме того, совпадал и семейный анамнез: у матери ангины, стоматиты, фурункулез. У дяди по материнской линии ячмени.

Со времен Ганемана известно, что ятрогенные заболевания, к которым принадлежат и поствакцинальные

осложнения, труднее поддаются гомеопатическому лечению, чем «естественные». Если слово «естественные» применимо в этом контексте. Но, как видим, эффективная терапия и в таких случаях вполне возможна.

Показательным в рассмотренном примере является и то, что возврат первичных болезненных проявлений произошел в препубертатном периоде, когда в организме началась быстрая перестройка гормонального статуса. Это и всколыхнуло старый «полом». Подобное понимание организменных связей особенно важно для врача-гомеопата, исходящего в своих назначениях из анализа всех обстоятельств случая.

Т.Д. Попова

Пациентка 55 лет, обратилась на гомеопатический прием с жалобами на кашель, часто сопровождаемый астматическими приступами. Болеет в течение последних 6 месяцев. Состояние ухудшается в утренние часы, при кашле отходят комки мокроты желто-зеленого цвета. Кашель сопровождается болью за грудиной, надо приложить усилие чтобы откашляться. При активном расспросе выяснено, что у пациентки часто бывает недержание мочи.

Больная проходила лечение в пульмонологическом отделении, которое не принесло значительного улучшения. В стационаре было проведено клиническое обследование, включая бронхоскопию. Клинический диагноз: «Хронический бронхит с астматическим компонентом».

При объективном осмотре: кожные покровы бледные, в легких жесткое дыхание, выслушиваются рассеянные сухие хрипы. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные. При осмотре зева, миндалин, пальпации живота каких-либо особенностей не обнаружено.

Анамнез жизни: с 37 лет отмечает периодические подъемы артериального давления. Страдает остеохондрозом поясничного отдела позвоночника. В 49 лет перенесла операцию экстирпации матки с придатками по поводу фибромиомы матки и кисты левого яичника.

Семейный анамнез: у матери гипертоническая болезнь, у сестры туберкулез легких.

Модальности: плохо переносит жару, боится сквозняков. Сильно реагирует на запахи. Любит дождь.

Назначение: Causticum 200СН три раза в неделю.

Через месяц: пациентка рассказала, что астматических приступов не было. Но кашель стал сухим и более интенсивным, периодически в виде приступов (до рвоты). Перестала отходить мокрота.

Назначение: Causticum 200СН один раз в неделю, Iрсасуанһа 200СН два раза в неделю.

Еще через два месяца: считает, что состояние улучшилось. Кашель беспокоит реже, приступы кашля периодически повторяются, но менее интенсивны, иногда отходит мокрота.

При тщательном расспросе было дополнительно выяснено, что год назад во время пребывания на море наблюдалась аллергическая реакция на цветение амброзии в виде заложенности носа и отека лица.

Назначение: Ambrosia 200СН три раза в неделю.

Через неделю у пациентки возник отек Квинке, который самостоятельно прошел через сутки.

Спустя две недели: общее состояние удовлетворительное, жалоб нет. Кашель перестал беспокоить, приступов удушья не наблюдалось.

О.В. Гусакова

На работе произошел скандал. На меня накричали и обвинили неизвестно в чем, поскольку я была к этому непричастна, но я сорвалась на крик. После этого события я почувствовала, что у меня как будто перекошилось изображение перед глазами. И вообще сильнейшее напряжение. На следующий день мы гуляли по Киеву (ко мне приехала подруга, которую я не видела лет семь), пили холодное пиво, сидели на веранде, день был очень красивый, что для октября в Киеве не редкость. Я замерзла и простудилась. Утром поднялась температура, пропал голос, стало знобить. Врач, которого я вызвала сразу померял давление: 280/110 мм.рт.ст. и испугался. И немного испугал меня. Сразу начали вводить магнезию и дибазол. Давление опустилось до 220/90 и больше не снижалось. Я позвонила гомеопату, у которого лечусь. Поразмыслив, он

предложил выпить Sulphur 1000CH. Я выпила Sulphur 200CH, другого разведения у меня не оказалось. Давление немного снизилось, но затем поднялось снова. Sulphur 1000CH тоже ничего не дал. Не скажу, чтобы я испугалась, но подумала, что снова черт знает что начинается. Давление лезет вверх, сердце скачет. Ставлю пиявки. Начало сильно болеть сердце и появилась аритмия. Снова звоню врачу. Он спрашивает, как ведет себя давление – стабильное или колеблется. Говорю, что более менее стабильное. Принимаю Aurum muriaticum natronatum 200CH.

Ночью проснулась от того, что онемела и затекла левая рука и вся левая сторона тела. На следующее утро все повторилось, но уже с правой стороны. Появился горячий пот, который возникает каждый раз, когда я употребляю жидкость. Как будто от желудка до кожи слишком маленькое расстояние. Ощущение, словно по телу двигается что-то теплое, то в области сердца, то на правой стороне, то на левой, особенно вверху живота. Отпустило правый глаз. В целом картина похожая на начало моего заболевания (*имеется в виду не данный эпизод с гипертоническим кризом, а начало всех расстройств – прим. ред.*). Сердце колотится где-то под левой подмышкой. Болит левая половина грудной клетки. Сильно сжимает голову, давит на нижние ребра и живот. Я вернулась в 1989 год: все повторилось, даже кровотечения из носа. Сухо и противно во рту, ощущение ободранности. На груди слева появилась зудящая болячка, плоская, без гнойной сердцевинки. Потом она исчезла и появилась еще одна подобного типа. Такие болячки изредка появлялись раньше, но на лице. Кружится голова.

Принимала препарат сначала через день, затем один раз в 2-3 дня. Через месяц пребывания на больничном вышла на работу с давлением 180/90. Голова кружится редко. Через 4 недели перестало так сильно болеть сердце, хотя еще иногда бывают приступы аритмии. Немного жмет голову слева. Во рту появились гнойнички, потом исчезли (раньше они периодически появлялись). Болела нижняя челюсть, это тоже уже было. Начали кровить десна. На правой руке указательный и средний палец стало выкручивать, потом появилась боль в суставах кисти, которая постепенно двигалась до самых кончиков

пальцев. Давила печень, болел желудок. Начало выкручивать правую ногу (это тоже было раньше). Перестало давить на глаза.

Сейчас все успокоилось, давление в пределах 160/90, резких подъемов нет. Десна перестали кровить. Пятно, которое с детства было на деснах стало более бледным (оно захватывало три передних зуба, в детстве делали примочки из календулы, но они мало помогали). Нет поноса, хотя он повторялся. Зуд половых органов сохраняется, но он стал менее интенсивным. Но в глазах ощущение переполнения (как будто они налиты). Повторяется психическое состояние, с которого все началось. Какие-то обиды и слезы. Теперь могу плакать. Время от времени появляется дрожание в левой половине тела, переходит на правую половину и спускается по правой ноге. Это еще держится. И желание плакать с самообвинениями. Но это же было! Теперь все проходит быстрее. Хотя ощущение такое, будто все двигается по кругу, или по спирали.

Принимаю лекарство через неделю, на ночь, утром очень хочется спать. После приема целый день нехорошо: болит сердце, давит печень, ощущение неуверенности в голове (какая-то тяжесть), изредка тревога. Был приступ паники на Петровке (*людный район Киева – прим. ред.*), аж голова закружилась. Я жаворонок. Ночью и вечером не могу ничего делать, лучше встану в 4-5 утра и все сделаю. Это еще с детства. Если проспала до 7 утра целый день тяжелая голова. За три месяца я похудела на 4 кг (*У пациентки излишний вес, ожирение I-II степени – прим. ред.*), но так, как будто растаяла. Температура тела немного повысилась 36,2°C (моя собственная 35,7°-35,9°C). Ощущение тепла в теле. Хотя появляется и ощущение тепла в голове, что мне не нравится.

Правда, месяц назад я упала и ударила правую руку. Ударила обе, но правой видимо досталось больше. Она болит в плечевом суставе. Эта та рука, которая была сломана. Она стала тяжелой, чувствую тянущую боль в предплечье и мышцах. Но сплю нормально.

И вообще, жизнь идет. Мы меняемся. Что-то остается. Наша суть, естество. И если пробовать в себе разобраться, то можно много чего обойти, что так разрушительно для собственной жизни. Жить в мире с собой и людьми, ибо без

общества нет человека. Я уже больше 10 лет лечусь у гомеопатов (*имеется в виду не один доктор – прим. ред.*), и очень жалею, что не знала этой стороны гомеопатии, когда она помогает решить проблему личности, как индивидуальности в социуме. Хотя я где-то читала, что Ганеман говорил: болезнь сама по себе, а человек сам по себе.

КОММЕНТАРИЙ:

Описание данного случая имеет необычную форму – оно написано «изнутри», самой пациенткой. Поэтому оно сохраняет все особенности стиля данного человека и его отношения к происходящему. Единственная коррекция коснулась названий гомеопатических лекарств, они приведены на латыни.

При гомеопатическом лечении гипертонической болезни, особенно в виде кризов, трудно отказаться от попыток подражать аллопатической терапии. А именно – снижать давление и этим же параметром определять ее эффективность. На самом деле гомеопатические механизмы регуляции гораздо сложнее, но и гораздо надежнее. В данном случае организму потребовалось «вернуться» в начало заболевания, выполнив тем самым один из законов Геринга. Этот закон мне представляется самым фундаментальным из трех. Именно в таких случаях «временного возврата в начало заболевания» в виде гомеопатического обострения я наблюдал самые стойкие и удивительные эффекты лечения.

И еще, в данном случае следует отдать должное терпению и уверенности пациентки, скорее не во врача, а в собственных возможностях.

Автор назначений и перевода с украинского языка А.В. Попов

ОБУЧЕНИЕ

ОТ РЕДАКЦИИ:

Отдавая дань уважения гомеопатам прошлого мы публикуем эту небольшую работу, сохранив оригинальный язык первоисточника. Она не может служить прямым руководством к действию, т.к. наши сведения о рахите сегодня гораздо фундаментальнее, а знание гомеопатического лекарствоведения предполагает использование при этой патологии множества средств. Однако именно в историческом аспекте интересно сравнить описание симптомов рахита 100-летней давности с современными признаками. Рахит изменился, но решить окончательно эту проблему мы оказались не в состоянии. Количества таких пациентов, хотя и с более компенсированными, стертыми формами заболевания не уменьшается. Не менее часто встречается и другая проблема, требующая гомеопатического лечения – дисплазия тазобедренных суставов.

*С другой стороны, данная работа служит поводом вспомнить о хорошо знакомых гомеопатических полихрестах. Назначения низких потенций, я думаю комментировать не стоит – каждый применяет те разведения которым больше доверяет. Хотя *Nix vomica* и *Aconitum* в разведении 3D, о чем упоминает сам автор могут оказывать отнюдь не только гомеопатическое действие.*

ГОМЕОПАТИЧЕСКОЕ НАСЛЕДИЕ: РАХИТ (АНГЛИЙСКАЯ БОЛЕЗНЬ) И ГОМЕОПАТИЯ

Из заметок и наблюдений д-ра В.В. Соловьева
Журнал «Врач-гомеопатъ» (1911г)

Настоящий очерк мы посвящаем описанию одной из наиболее частых болезней детского возраста, уносящей много жертв, а тех, которые остаются в живых, уродующей нередко в более или менее значительной степени. Болезнь эта называется английскою или рахитом.

Она появляется у детей в раннем возрасте от 6 до 8 месяцев, а иногда и позже. Очень часто детский организм

вследствие недостаточного или неправильного питания, не имеет в достаточном количестве (т.е. или не получает, или не усваивает в надлежащей степени) известковых солей, необходимых для образования и роста костей, для образования зубов и для зарастания родничков на голове.

Развитие болезни как раз совпадает с прорезыванием зубов.

Считаю необходимым здесь отметить, что во все время прорезывания зубов болезнь прогрессирует – длинные, трубчатые кости не получают достаточного количества известковых солей, отвлекаемых на постройку зубов, делаются мягкими и гибкими, легко искривляются (как кости конечностей, так и грудная кость, ребра).

По как только прорезывание зубов заканчивается, так тотчас же болезнь приостанавливается, положение больного улучшается, и наблюдающаяся у него искривления начинают исчезать, если дело не зашло слишком далеко и предел упругости костной ткани не был перейден.

Рядом с недостаточным развитием костной ткани идет разрастание хрящевой, отчего концы трубчатых костей раздуваются, опухают, на ребрах появляются так называемые четки – явление очень характерное для английской болезни. Искривление ног, позвоночного столба, грудной кости (куриная грудь), не зарастание родничков, трудное и позднее прорезывание зубов – все это указывает на поражение организма рахитом.

Среди других признаков этой болезни надо упомянуть: боль в нижних конечностях и ребрах (дети боятся встать на ноги; плачут, когда их берут за грудь), большая склонность к потам (особенно головы, после сна у ребенка подушка оказывается мокрою от пота), расстройство пищеварения (поносы), мозговые явления, судороги и прочее.

Здесь следует отметить, что при затрудненном прорезывании зубов верхней челюсти чаще всего наблюдаются мозговые явления (раздражение и воспаление мозга, иногда влекущее за собою водянку мозга), нижней челюсти: желудочно-кишечные явления (поносы).

Описываемая болезнь чаще наблюдается в сырой, болотистой местности, в дурном, непроветриваемом

помещении, где нет света, мало воздуха, при недостаточном и дурном питании.

Особенно нецелесообразное искусственное прикармливание детей (хлебом, кашками, в особенности картофелем), что способствует развитию рахита.

Поэтому на первом плане должно стоять улучшение питания: пища должна быть питательная, но не трудноваримая (молоко, куриный бульон, яйца всмятку, вареные фрукты и прочее). Дети должны находиться в сухом, светлом и чистом помещении, летом больше быть на солнце; необходимо также ежедневное купание или обтирание всего тела тепловатой водой (26-28°Р) и, кроме того, раза два в неделю соленые ванны.

Из внутренних средств, прежде всего, назначаются известковые препараты: калькареа карбоника 6 или калькареа фосфорика 6, по 2 раза в день (утром и вечером).

Против поносов применяются средства, излечивающие желудочно-кишечные катары: нукс вомика ХЗ, пульсатилла 3, бриония ХЗ, арсеник 6 и другие.

Для улучшения пищеварения, укрепления сил, устранения явлений слабости и вялости, столь обычных в этой болезни, следует применить хина 3, натрум муриатикум 6, карбо 6 и другие.

При сопутствующих явлениях золотухи необходимо давать препараты серы: сульфур 6, или гепар сульфур 6, по одному приему утром и вечером.

Припадки страдания мозга (жар, бред, судороги) требуют назначения: аконит ХЗ (против жара), белладонна Х6 (для устранения явлений раздражения мозга), апис 3 и других.

Здесь нахожу уместным указать на любопытный факт крайней чувствительности больного организма даже к гомеопатическим дозам лекарств. Оказывается, что столь бесконечно-малые дозы, как 3 и 6 сотенные деления различают в своем действии на больной организм.

Мне пришлось убедиться, что в то время как белладонна 6 успокаивает больных, белладонна 3, напротив, раздражает их, усиливая болезненные припадки. Этим фактом еще раз подтверждается гомеопатический закон подобия – то же средство, которое в известной дозе производит или усиливает то

или другое болезненное расстройство, в меньшей дозе будет уничтожать это последнее, т.е. действовать целебно.

Перечислю еще раз те наблюдения, на которые я хотел обратить особенное внимание настоящею статьею, а именно: 1) прорезывание зубов, несомненно, играет роль в отвлечении известковых солей от костей, и последние становятся мягкими и искривляются, но искривления эти, большею частью, исчезают с окончанием процесса прорезывания зубов; 2) затрудненное прорезывание зубов верхней челюсти влечет за собою мозговые припадки, нижней челюсти – желудочно-кишечные; 3) крайняя чувствительность больного организма к дозам лекарств, даже столь бесконечно малым, каковы применяются в гомеопатии, причем белладонна 3 ухудшает болезненное состояние, белладонна 6 его улучшает.

Повторю также, что при явлении рахита главными внутренними средствами являются следующие: сера (сульфур), калькареа (известь) и фосфор. Применение их для достижения положительного результата, т.е. излечения болезни, должно быть более или менее продолжительное: 2-3 месяца.

СОБЫТИЯ, ДАТЫ, КОММЕНТАРИИ

ИНФОРМАЦИОННОЕ СООБЩЕНИЕ

Ассоциация Гомеопатов Украины приглашает членов Ассоциации, врачей-гомеопатов, провизоров-гомеопатов, ученых, исследователей и практиков, журналистов, всех заинтересованных лиц принять участие в очередном, IV Съезде гомеопатов Украины, который состоится 14-16 ноября 2008 года в Киеве. Съезд проводится при участии Министерства Охраны Здоровья Украины и Института Гомеопатии (Киев). Проведение общенациональных форумов является одним из направлений деятельности Ассоциации Гомеопатов Украины, направленной на развитие, демократизацию и легализацию гомеопатии как научной доктрины и клинической практики.

Организационный комитет съезда: Заслуженный врач Украины Т.Д. Попова – гл. редактор «Сборника работ съезда», к.м.н А.В. Попов (председатель), к.м.н. З.Н. Дергачева (секретарь), Ю.В. Зеленин, Н.В. Шкода-Ульянова.

Съезд пройдет под девизом: МЕДИЦИНА ЕДИНА. PRO ET CONTRA – АЛЛОПАТИЯ И ГОМЕОПАТИЯ. Научная программа будет включать следующие вопросы:

- Исследование лекарственных веществ. Прогнозирование побочных эффектов.
- Рассмотрение биологического объекта в здоровье и болезни на целостном уровне. Соблюдение индивидуальности назначения.
- Пути развития патологии в организме. Феномен подавления. Хронизация заболеваний. Законы Геринга.
- Прогноз качества жизни. Возрастной ценз терапии. Противопоказания для лечения.
- Возможности и результаты сочетания гомеопатической и фармакотерапии.
- Значение объективных данных в гомеопатии.

Доклады участников будут опубликованы отдельным изданием. Они принимаются в электронном виде до 25 сентября 2008 года после оплаты регистрационного взноса.

В рамках работы съезда будет проходить выставка-продажа гомеопатической литературы и гомеопатических компьютерных программ.

Подробная информация об условиях участия в форуме и публикации материалов: www.homeopat-ua.org; www.homeopat.org.ua

Секретарь оргкомитета (Зоя Николаевна Дергачева): + 380-44-587-99-75; + 380-67-399-20-21; valenti@ehl.kiev.ua znd@gala.net

Информацию по размещению рекламы, организации выставок и презентаций на съезде можно получить у секретаря организационного комитета съезда.

НЕ ТОЛЬКО ГОМЕОПАТИЯ

«МЕНТАЛЬНАЯ ГОМЕОПАТИЯ»

- Здравствуйте, присаживайтесь. Даю вводную для беседы. На вопросы отвечайте односложно: да, нет, возможно, может быть, или лучше многозначительно кивайте головой. И только, когда Вы будете уверены, что в состоянии ответить на второй вопрос конкретной темы, тогда и отвечайте подробнее, тогда возможно завяжется беседа и что-то прояснится. Итак, начнем. Какую и когда Вы читали книгу последний раз?
- В общем я...
- Не думайте, что я буду подсказывать Вам ответы! Приучайтесь думать и высказаться самостоятельно. Как у Вас насчет самостоятельности? Расскажите мне об этом. А блюдо из дикого фазана Вы готовите?
- Конечно.
- И картошку едите с Вашей дачи? Любите дачу? А Ваш муж внимательный?
- Еще бы.
- Что и посуду моет? И не пьет?
- Ага.
- Расскажите мне об этом. Вы очень счастливая!
- Это точно.
- А что бы Вы еще хотели?
- Ничего.
- Не хорошо получается. Разве можно ничего не хотеть? Ну, поехать куда-нибудь или сходить?
- Нет.
- Может Вам нарядов не хватает или украшений?
- Хватает.
- Расскажите мне об этом. А квартира?
- А что квартира?
- Ну, может, не устраивает?
- Устраивает, в общем.
- Расскажите мне об этом. А спортом занимаетесь?
- Да.

- И плаванием тоже? И аэробикой? И медитацией? Так, а заработок мужа устраивает?
- Да!?
- Расскажите мне об этом. И дети хорошие? И машины Вам вслед сигналят? И мужчины прохода не дают?
- Да, да, да.
- Расскажите мне об этом. Что бы еще спросить? Вот. А Вы любите холодное пиво после баньки? Один стаканчик? А на какой Вы диете? Сколько ходите пешком? А консервации делаете? Так много? И грибы тоже? А после жирной пищи как?
- Вполне.
- Вызывает ли отвращение неряшливый вид, неприятный запах и грязные, стоптанные туфли? Нет!? Вы берете их на работу и под униформой не видно? Как Вы добились такой практичности, терпимости и внимания? Само пришло годам к сорока? Интересно. Языки дополнительно учите? Зачем? Ну, на всякий случай, для общего развития. Ну, если вдруг будете на Гаити и захотите спросить у гаитянина по гаитянски. Учите??? И запоминаете? Вот странно. А как же сон?
- Нормальный.
- Что и сон нормальный? А как настроение?
- Стабильное.
- А не появляется ли у Вас чувство утраты контроля над действительностью вместе с головной болью над левым виском и ощущением онемения в сердце, хуже после питья кофе ранним осенним утром? Нет? И Ваш дедушка не страдал преувеличенным чувством собственного достоинства? Вы что, совсем ни от чего не страдаете? И ностальгии нет по прошлым временам? Я вижу Вас что-то мучает, расскажите мне об этом. Но делюзии то у Вас наверняка есть!
- Делюзии...
- Ну в смысле обманов восприятия. Нет, не восприятия обманов, и не в смысле... Что-то у Вас все какое-то однообразное, трудно с Вами работать. Давайте теперь быстрее, я уже спешу. Отрыжка, глотание, зубы, волосы, геморрой, потоотделение, любовники?

- В порядке.
- Расскажите мне об этом. Вот задача, что бы еще спросить? А какой был сегодня мой первый вопрос? Ого, хорошая память! А слух, зрение?
- Вполне.
- Машину водите?
- Нет.
- Ну вот, наконец-то. А почему?
- Не вожу и все тут.
- Расскажите мне об этом. Неужели Вам не хотелось бы сидеть за рулем черного, огромного, сверкающего, потрясающе роскошного «Бентли»?
- ... Хотелось бы.
- А ехать на нем?
- Нет.
- Теперь Вы теперь понимаете, что в этом Ваша проблема?
- ... Теперь понимаю.
- А раньше нет?
- Нет.
- Значит, раньше Вам хватало того, что Вам сигналият на улице, хвалят фигуру и у Вас отсутствует отрыжка и геморрой, а теперь нет?
- Да.
- Расскажите мне об этом. Теперь Вами владеют мысли о «Бентли»?
- Да.
- Точно мысли о «Бентли»?
- Точно.
- Боже мой, вот что я Вам скажу, дорогая. Не думайте о «Бентли», выкиньте эту дурь из головы. Подумайте, какой «Бентли», зачем он Вам? Куда Вы будете на нем ездить по нашим дорогам? Чтобы другие завидовали? Да Вам и так все завидуют.
- Хочу «Бентли»! Хочу «Бентли»!
- Все! Забудьте наш разговор и живите спокойно. Разве можно быть настолько привязанной к какой-то машине, страдать от этого, отказывать в любви окружающим! Главное, что мы обнаружили ведущий симптом. Всего хорошего.

- Когда еще приходите? А когда же Вы наконец спросите меня про сны и жесты?
- Успокойтесь, пожалуйста! Больше вопросов не нужно, Вы и так очень впечатлительны! Ясно, что Вам снится груда сверкающего железа, пусть и в иносказательной форме... А беспокойство в руках отражает подсознательную тенденцию к управлению транспортным средством... И прекратите читать гомеопатические книги. Да! Если с Вами еще когда-нибудь будут вести беседы, особенно другие врачи-гомеопаты, говорите односложно... Нет, лучше кивайте головой на любой вопрос, не давайте повода сбить себя с толку. И последний вопрос...Расскажите мне об... Нет, все, лучше идите... Идите же.
- Кто следующий? Даю вводную для беседы...

Катин А.Я.

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

РЕДАКЦИОННЫЙ РАЗДЕЛ

EDITORIAL

Попов А.В.**Popov A.**

ОРИГИНАЛЬНЫЕ

ORIGINAL RESEARCH

ИССЛЕДОВАНИЯ И ДИСКУССИИ

AND DISCUSSION

Журж Георги (Румыния)**Jurdzh G. (Romania)**

Роль миазмов в гомеопатии

Miasms and Their Roles in
Homeopathy**Алекс Питер (Германия)****Alex P. (Germany)**Диагностика и гомеопатическое
лечение вакцинозовDiagnostic and Homeopathic
Treatment of Vaccine Damages**Дергачева З.Н. (Украина)****Dergachova Z. (Ukraine)**Птичий грипп (Avian Influenza)
и гомеопатия. Опыт применения
осциллококцина для лечения
острых респираторных
вирусных инфекцийAvian Influenza and
Homeopathy. Oscillococinum
in the Prevention and Treatment
of Respiratory Virus Infections**Зеленин Ю.В. (Украина)****Zelenin Y. (Ukraine)**

Исследование эффективности

The Clinical Training of

Противогриппозной вакцины

«Vaxigrip» Vaccine. True or

«Ваксигрипп»

— Falsification?

Филин Е.Ю. (Россия)**Filin E. (Russia)**

Частное мнение по поводу

Private Opinion About Translation

перевода «Репертория» Кента

of Repertory by J.T. Kent

(с комментариями оппонентов)

(with opponents commentaries)

Дмитриев В.К., Яновский О.Г.,**Dmitriev V., Yanovsky O.,****Королева Н.А., Метакса Е.Е.,****Koroleva N., Metaxa E.,****Натахин М.В. (Россия)****Natachin M. (Russia)**

К вопросу о новой версии

Collective Opinion About

«Репертория» Кента (коллективное
мнение по частному вопросу)Translation of Repertory
by J.T. Kent

МАТЕРИА МЕДИКА
MEDICA

Гой Н.В. (Украина)

Влияние гонококкового
анатоксина на организм человека

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

Попова Т.Д. (Украина)

Гусакова О.В. (Украина)

Попов А.В. (Украина)

ОБУЧЕНИЕ

Гомеопатическое лечение
рахита (страницы истории)

СОБЫТИЯ, ДАТЫ,
КОММЕНТАРИИ

4-й Съезд гомеопатов
Украины

НЕ ТОЛЬКО

ГОМЕОПАТИЯ

Катин А.Я. (Белоруссия)
(Byulorussia)

«Ментальная гомеопатия»
(рассказ)

MATERIA

Goj N. (Ukraine)

The Effect of Gonococci
toxin for human organism

CASES

Popova T. (Ukraine)

Gusakova O. (Ukraine)

Popov A. (Ukraine)

EDUCATION

Homeopathic Legacy:
The Treatment of Rickets

EVENTS, DATES,
COMMENTS

The 4th National Ukrainian
Homeopathic Congress

NOT ONLY

HOMEOPATHY

Katin A.

«Mental Homeopathy»
(parody)