



Журнал Первого Холистического Портала «Пути здоровья» Puti Zdorovya Journal

Научно-практический рецензируемый журнал

2026 год Выпуск № 1

Периодическое электронное издание

ISSN: 3033-8999



СОДЕРЖАНИЕ ВЫПУСКА

Даниил Иванов-Вызго

Датировка рождения клинической медицины у М. Фуко и пересмотр роли принципа “у постели больного” в формировании медицинского знания

Анна Немна

NeoSandTherapy: интегративный метод работы с внутренней реальностью в песочной терапии

Александр Дмитриев

Эпидемиологический переход и кризис медицинской модели: структурные ограничения лечебно-ориентированных систем здравоохранения

Денис Аланов

Философско-культурные основания традиционной китайской медицины и их отражение в классических текстах

Павел Пересыпкин , Падигар Шариканд

Йога и Аюрведа: пересечения моделей ума в классических индийских системах знания

Екатерина Лопатинская

Ветеринарный случай: эффективность классической гомеопатии при спастическом энтропионе у кошки



Журнал Первого Холистического Портала
«Пути здоровья»
Puti Zdorovya Journal

Научно-практический рецензируемый журнал /
Peer-reviewed scientific and practical journal

Междисциплинарный диалог в области холистической медицины

**Издатель: Первый Холистический Портал «Пути здоровья»
(Puti Zdorovya Holistic Health Portal)**

Главный редактор: Е.Д. Лопатинская
Научный редактор: Д.А. Иванов-Вызго

Редакционный совет:

В.И. Дудина, доктор социологических наук
Д.А. Иванов-Вызго
Н.Ю. Калиновская, кандидат медицинских наук
Е.И. Наумова, доктор философских наук

Редакционная коллегия:

Д.А. Аланов
А.О. Дмитриев
Ю.Д. Кострова
А.Н. Немна
П.В. Пересыпкин

2026 год. Выпуск № 1, ISSN: 3033-8999
Периодическое электронное издание, язык публикации русский

*Журнал публикует исследования и клинические наблюдения в областях:
системного анализа клинического мышления
традиционных медицинских систем
междисциплинарных подходов в медицине и смежных областях*

Контакты: elopatinskaya@yandex.ru

Website:
<https://putizdorovya.ru>

Содержание

Редакторский взгляд

Системный анализ клинического решения	4
---	---

Медицинская эпистемология

Датировка рождения клинической медицины у М.Фуко и ошибочность преставления о принципе формирования медицинского знания у постели больного как об отличительном признаке клинической медицины. Даниил Иванов-Вызго.....	6
---	---

Внутренняя реальность пациента

NeoSandTherapy: интегративный метод работы с внутренней реальностью в песочной терапии. Анна Немна.....	10
---	----

Общественное здоровье

Эпидемиологический переход и кризис медицинской модели: необходимость разворота к превентивному и интегративному здравоохранению. Александр Дмитриев	14
--	----

Традиционная медицина: теория

Значение социокультурных и философских концепций в развитии традиционной китайской медицины на примере разбора "Великого учения" и его отражения в классических медицинских текстах. Денис Аланов.....	29
--	----

Традиционная медицина: от философии к практике

Йога и Аюрведа. На просторах ума. Павел Пересыпкин, Падигар Шарикант.....	47
---	----

Случаи, наблюдение и анализ

Эффективность классической гомеопатии при энтропионе у кошки: ветеринарный случай Екатерина Лопатинская.....	51
--	----

Системный анализ клинического решения

Журнал Первого Холистического Портала «Пути здоровья» (Puti Zdorovya Journal) является научным изданием, ориентированным на системный анализ клинического мышления и развитие междисциплинарного научного диалога в области холистической медицины.

Материалы первого выпуска связаны общей методологической установкой: рассмотрением здоровья как целостной динамической системы, требующей многоуровневого анализа клинических процессов и механизмов принятия решений.

Журнал формирует пространство профессионального диалога исследователей из разных стран и научных школ, обеспечивая сопоставление клинических моделей, теоретических оснований медицины и практических наблюдений.

Каждая статья настоящего выпуска представляет самостоятельное направление исследования, отражающее разнообразие современных подходов к пониманию клинического процесса: от анализа историко-методологических оснований медицины до разработки психотерапевтических моделей и описания клинических случаев в медицинской и ветеринарной практике.

Примечательно, что все материалы подготовлены экспертами Первого Холистического Портала «Пути здоровья», где на протяжении нескольких лет формируется устойчивая профессиональная среда, объединяющая клиническую практику, образовательные инициативы и исследовательскую работу.

Настоящий выпуск – это новый этап развития Портала: переход от просветительской платформы к структурированному научному изданию, ориентированному на международный профессиональный диалог.

Выпуск открывается статьёй Даниила Алексеевича Иванова-Вызго (Россия), посвящённой анализу представлений о формировании клинического знания в контексте работы Мишеля Фуко. Автор уточняет интерпретации, связанные с принципом

наблюдений «у постели больного» и его ролью в периодизации истории медицины.

В статье Анны Николаевны Немна (Испания) представлен авторский, аккредитованный в России психотерапевтический метод, направленный на работу с внутренней реальностью через символ-телесные механизмы и дающий возможность устойчивой трансформации психологического опыта.

Работа Александра Олеговича Дмитриева (Индия) посвящена анализу современных систем здравоохранения в контексте эпидемиологического перехода и рассматривает необходимость смещения приоритетов в сторону превентивных и долгосрочных стратегий.

Статья Дмитрия Александровича Тимофеева (Россия) обращается к философским основам традиционной китайской медицины, демонстрируя их глубокую связь с культурным и мировоззренческим контекстом на примере разбора двух классических текстов: «Великого учения» (大學) и «Хуан Ди Нэй Цзин» ("Внутренний Канон Жёлтого Владыки") в авторском переводе.

Павел Витальевич Пересыпкин (Индия) анализирует соотношение йоги и Аюрведы, предлагая рассматривать их как самостоятельные, но пересекающиеся системы знания, особенно в области понимания природы ума.

Завершает выпуск клинический случай, представленный Екатериной Дмитриевной Лопатинской (Россия), демонстрирующий возможности индивидуально ориентированного подхода в рамках классической гомеопатии на конкретном клиническом примере.

На первый взгляд, представленные материалы относятся к различным научным и методологическим традициям, каждая из которых использует собственный язык описания и инструментарий. Однако именно в этом многообразии проявляется общий для клинической практики вопрос: как принимается клиническое решение?

Современное медицинское поле характеризуется значительным разнообразием методов. Однако само по себе наличие методов не определяет эффективность лечения.

Ключевым становится точность их применения в конкретной клинической ситуации с учётом динамики состояния пациента.

Портал «Пути здоровья» формирует подход, в котором клиническая практика рассматривается как динамическая система взаимосвязанных решений и действий.

Принципиально важно подчеркнуть, что речь не идёт о механическом сочетании методов. Выбор стратегии определяется ответом пациента на каждое вмешательство.

Холистический подход в данной логике выступает как условие согласованности клинической стратегии, обеспечивающее устойчивость и воспроизводимость.

Настоящий выпуск не предлагает готовых решений, однако формирует пространство для их осмысления, сопоставления и уточнения.

Журнал задуман как площадка профессионального диалога, направленного не только на представление результатов, но и на постепенное формирование языка, способного описывать сложные клинические процессы без их упрощения.

Благодарю авторов за доверие, глубину и качество представленных материалов и приглашаю к содержательной научной дискуссии.

[Екатерина Лопатинская](#)

[Главный редактор](#)

[Журнала Первого Холистического Портала «Пути здоровья»](#)

[Puti Zdorovya Journal](#)

Датировка рождения клинической медицины у М.Фуко и ошибочность представления о принципе формирования медицинского знания у постели больного как об отличительном признаке клинической медицины

Даниил Иванов-Вызго¹ (Санкт-Петербург)

Аннотация:

Сообщается о выявленном несоответствии текста русского издания «Рождения клиники» М.Фуко оригиналу в части, касающейся датировки рождения клинической медицины; проводится сопоставительный анализ соответствующих фрагментов текста в оригинальном французском издании «Рождения клиники» и в его английском и русском переизданиях. Обсуждается неприменимость принципа формирования медицинского знания непосредственно у постели больного в качестве уникального признака, присущего только клинической модели медицины.

Ключевые слова:

клиническая медицина, рождение клиники, периодизация истории медицины

On the Dating of the Emergence of Clinical Medicine in Michel Foucault's Work and the Misconception of Bedside Knowledge Formation as Its Defining Principle

Abstract:

A discrepancy has been identified between the Russian edition of The Birth of the Clinic by M. Foucault and the original text, specifically concerning the dating of clinical medicine "birth". A comparative analysis of the relevant passages in the original French edition and its English and Russian translations is conducted. The paper also discusses the inapplicability of the principle that medical knowledge is formed directly at the patient's bedside as a unique defining feature of the clinical model of medicine

Keywords:

clinical medicine, birth of the clinic, periods in the history of medicine

Развернувшаяся в 2016-2017 гг. на страницах журнала «История медицины» дискуссия о периодизации истории медицины [1, 2], создает, как представляется, благоприятную атмосферу для конструктивного обсуждения фундаментального вопроса: что такое период в истории медицины? Очевидно, что характер ответа на этот вопрос во многом будет зависеть от того, как будет решаться целый ряд других, если и не столь же глобальных, то, во всяком случае, ничуть не менее актуальных, если не сказать болезненных, вопросов. Назовем лишь некоторые из них:

Следует ли, например, выделять в истории медицины период доминирования клинической медицины и тем самым допускать, что ему предшествовали периоды

господства других медицинских моделей, имевших самостоятельную ценность? В частности, предшествует ли периоду клинической медицины принципиально отличный от него период, именуемый в монографии акад. А.М. Сточика и проф. С.Н. Затравкина [3] периодом классификационной медицины (на наш взгляд, точнее было бы называть его периодом нозографической медицины) или же продуктивнее будет – как это сделано в монографии проф. В.И. Бородулина – датировать начало доминирования клинической клинической медицины второй половиной XVII столетия [4, С.53]? Или все же правильнее будет сдвинуть эту дату более чем на век вперед, поместив ее на рубеже XVIII-XIX столетий, как это сделано в классическом труде М.Фуко

¹ Руководитель Ганеманновского исследовательского центра, Россия г. Санкт-Петербург, Daniel A. Ivanov-Wyzgo, Head of the Hahnemann Research Center, Russia, Saint Petersburg, daniel.wyzgo@gmail.com.

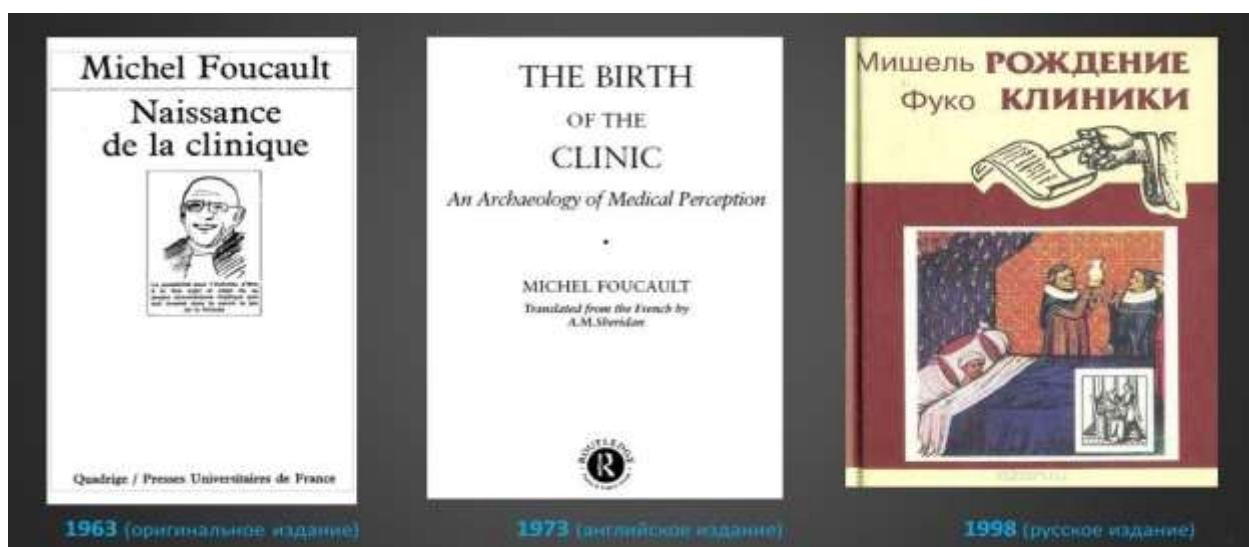


Рис.1. «Рождение клиники» М.Фуко. Титульные листы французского [6] и английского [7] изданий и обложка русского издания [5а]

«Рождение клиники» [5] и в названной выше монографии [3], тем самым признавая правомерность выделения периода классификационной медицины?

Считает ли М.Фуко, что принцип формирования медицинского знания у постели больного датируется на ранее, чем концом XVIII века?

В этой связи невозможно не обратить внимание на следующее обстоятельство: в названной монографии проф. В.И. Бородулина в качестве мнения Фуко цитируется фраза: «Принцип, согласно которому медицинское знание формируется у самой постели больного, датируется не ранее чем концом 18-го века». Далее автор отмечает: «Мысль Фуко, по сути, справедлива, но датировка условная, спорная, можно и не согласиться» [2, С.15-16], развивая затем эту мысль. Именно здесь кроется определенное противоречие. Действительно, с одной стороны, приведенная цитата полностью соответствует тексту русского перевода «Рождения клиники», опубликованному в 1998 г. [5, С.93]. С другой стороны, смысл этой фразы в контексте дальнейшего изложения в русском издании М.Фуко вызывает недоумение. Вот как этот фрагмент выглядит в целом: мысль в главе «Начало научной революции в естествознании и медицине. Рождение клиники: 17-й век» [2, С.53-54].

«Принцип, согласно которому медицинское знание формируется у самой постели больного, датируется не ранее чем концом XVIII века. Большинство, если не все медицинские революции совершались от

имени этого опыта, установленного в качестве основного источника и постоянной нормы» [5, С.93].

Возникают закономерные вопросы: если принцип датируется лишь концом XVIII столетия, а все революции в медицине совершались от его имени, значит до конца XVIII века в медицине вообще не было ни одной революции? Значит все они, сколько их ни было, уместились в те полтора века, что отделяют эту дату от 1963 г., когда Фуко опубликовал свое «Рождение клиники»? Получается, что история медицины отличается такой выраженной асимметрией? Значит ли это, что ни появление ятрохимии в первой половине XVI столетия, значительно потеснившей схоластическую (галеновскую в терминологии [3]) медицинскую модель, ни нозографическое мышление, усвоенное медициной века Просвещения на исходе XVII века не заключали в себе изменений, революционность которых хоть в какой-то степени сопоставима с той степенью радикальности изменений медицинской модели, какая имела место при рождении клинической медицины?

Все эти вопросы побудили нас сопоставить приведенный выше фрагмент русского издания «Рождения клиники» с соответствующим местом в оригинальном французском тексте, а также с его английским переводом (рис.1). Результат превзошел наши ожидания: оказалось, что в оригинале [6] (рис.3) сказано прямо противоположное тому, что напечатано в русском переводе (рис.2):

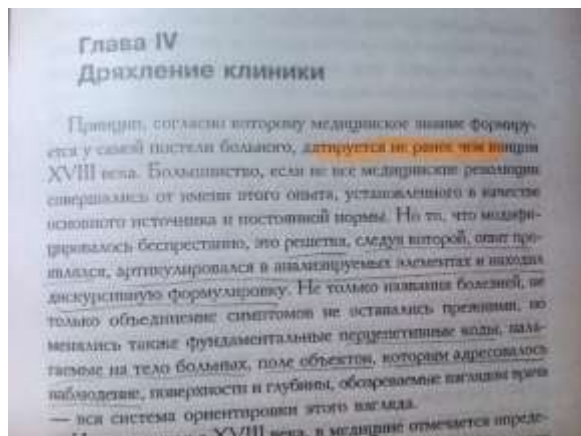


Рис.2. Начало IV главы в русском издании «Рождения клиники» М.Фуко [5].

«Le principe que le savoir médical se forme au lit même du malade ne date pas de la fin du XVIII^e siècle», то есть «Принцип, согласно которому медицинское знание формируется у самой постели больного, не датируется концом XVIII века» (рис.3).

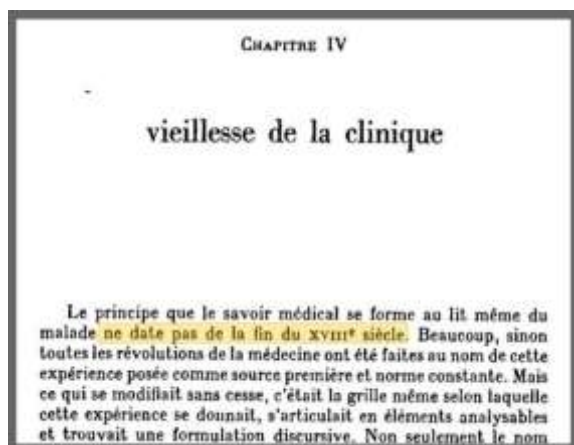


Рис.3. Начало IV главы во французском издании «Рождения клиники» М.Фуко [6].

Говоря о возможных причинах такого вопиющего разночтения, мы не можем подробно вдаваться здесь в лингвистические тонкости перевода; тем не менее, можно предполагать, что переводивший текст доктор психологических наук А.Ш. Тхостов увидел в «ne date pas» двойное отрицание, тогда как «pas» выступает в составе этого грамматического оборота в своем втором значении («шаг», «след»). Следует отметить, что таким же образом – «не датируется концом XVIII века» – передано это место в английском издании [7] (рис.4): «The principle that medical knowledge formed for itself at the very bedside of the patient does not date from the end of the eighteenth century».



Рис.4. Начало IV главы в английском издании «Рождения клиники» М.Фуко [7].

Стремясь максимально следовать букве и смыслу оригинала, мы заново перевели этот столь ключевой фрагмент труда М.Фуко на русский язык: «Принцип, согласно которому медицинское знание формируется у самой постели больного, не датируется концом XVIII века. Большинство, если не все медицинские революции совершались от имени этого опыта, представлявшегося как первичный источник и постоянная норма».

Заключение

Предпринятый анализ показывает, что, датируя рождение клинической медицины концом XVIII столетия, М.Фуко вовсе не считал, что принцип, согласно которому медицинское знание формируется непосредственно у постели больного, является ровесником этой медицинской модели. Наоборот, говоря о том, что большинство медицинских революций совершались от имени этого принципа, он очевидно указывает на его универсальность и, следовательно, неприменимость в качестве уникального признака, позволяющего отличать клиническую медицину от других известных истории медицинских моделей.

Более того, общеизвестно, что сердцевиной клинической медицины является клинико-анатомический метод, постулирующий обязательность сопоставления клинической картины с картиной патофизиологических и патологоанатомических изменений. Другими словами, секционный зал и лаборатория являются для клинической модели местом формирования медицинского знания ничуть не в меньшей степени, чем окрестности госпитальной койки. Существенную часть материала в «Рождении клиники» Фуко посвящает именно этому обстоятельству, достаточно вспомнить выразительное название VIII главы его труда: «Вскройте несколько трупов» [5, С.190].

Все это говорит о том, что историкам медицины еще только предстоит работа по выявлению критериев, которые позволят с достаточной формальной строгостью дифференцировать различные медицинские модели, эмпирическая реальность которых

достаточно очевидна многим исследователям [2, 3, 5, 8, 9]. Мы надеемся, что наш анализ описанного здесь вновь выявленного обстоятельства послужит для этой работы одной из точек опоры.

Литература

1. Балалыкин Д.А. О проблеме периодизации истории медицины // История медицины. 2016. Т.3. №3. С.245-264.
2. Затравкин С.Н. О периодизации истории медицины и научных революциях в медицине 17-21 веков // История медицины. 2017. Т.4. №1. С.89-99.
3. Сточик А.М., Затравкин С.Н. Реформирование практической медицины в процессе научных революций 17-19 веков. М.: 2012.
4. Бородулин В.И. История клинической медицины от истоков до 20-го века. М., 2015.
5. Фуко М. Рождение клиники. – М.: Смысл, 1998.
6. Foucault M. Naissance de la clinique. 5e éd. Paris, 1997. P.53.
7. Foucault M. The Birth of the Clinic. Trans. by A.M. Sheridan. London, 1976. P.54.
8. Hess V. Medical Semiotics in the 18th Century – A Theory of Practice? // Theoretical Medicine and Bioethics 19 (1998), 203-213.
9. Hess V., Mendelsohn A. Sauvages' paperwork: how disease classification arose from scholarly note-taking // Early Science and Medicine. 2014; 19(5): 471-503.

NeoSandTherapy: интегративный метод работы с внутренней реальностью в песочной терапии

Анна Немна² (Аликанте, Испания)

Аннотация

NeoSandTherapy - авторский психотерапевтический метод, разработанный Анной Немна, основанный на интеграции символического, телесного и феноменологического подходов в рамках работы с песочным полем [1]. Метод рассматривает песочное пространство как внешнюю репрезентацию внутренней реальности, в которой проявляются аффективные, когнитивные и телесные компоненты опыта.

Актуальность метода обусловлена ростом запросов, при которых наблюдается разрыв между когнитивным осознанием и устойчивой личностной трансформацией [5]. Клиенты с высоким уровнем рефлексии часто способны понимать причины своих состояний, однако это понимание не приводит к изменению внутреннего опыта и поведенческих сценариев.

Научная новизна работы заключается в разработке интегративного подхода, объединяющего символическую репрезентацию, телесное переживание и структурную реорганизацию внутреннего опыта в рамках единого терапевтического процесса. В отличие от классического направления песочной терапии Sandplay, метод акцентирует внимание на механизме символа-телесной интеграции как ключевом факторе устойчивых изменений.

NeoSandTherapy направлен на преодоление разрыва между когнитивным осознанием и трансформацией опыта через символическую экстернализацию, телесное проживание и последующую интеграцию изменений [5, 6].

Ключевые слова:

песочная терапия, внутренняя реальность, символическое поле, телесная интеграция, аналитическая психология, бессознательное

NeoSandTherapy: integrative method of working with internal reality in sandplay therapy

Abstract

NeoSandTherapy is an authorial psychotherapeutic method developed by Anna Nemna, based on the integration of symbolic, bodily, and phenomenological approaches within sandplay therapy [1]. The method conceptualizes the sand tray as an external representation of internal reality, where affective, cognitive, and bodily components of experience become manifest.

The relevance of the method is determined by the increasing number of clients who demonstrate a gap between cognitive insight and stable psychological transformation [5]. Highly reflexive individuals are often able to understand the causes of their states; however, this understanding does not necessarily lead to changes in internal experience or behavioral patterns.

The scientific novelty lies in the integrative framework that unites symbolic externalization, embodied experience, and structural reorganization of internal reality within a unified therapeutic process. Unlike classical Sandplay approach, the method emphasizes symbol-body integration as a key mechanism of change.

NeoSandTherapy aims to overcome this gap through symbolic externalization of experience, embodied experience, and subsequent structural integration of change [5, 6].

Keywords:

sandplay therapy, internal reality, symbolic field, embodiment, analytical psychology, unconscious

² психолог, психотерапевт, автор, руководитель образовательной программы по методу NeoSandTherapy, Испания, e-mail: garmonium2025@mail.ru

Введение

Современная психотерапевтическая практика всё чаще сталкивается с клиентами с высоким уровнем когнитивной рефлексии. Такие клиенты способны подробно описывать свои состояния, анализировать причины эмоциональных реакций и выявлять повторяющиеся жизненные сценарии [3]. Они могут многократно проговаривать и логически объяснять внутренние конфликты, связывать их с опытом прошлого и выстраивать последовательные аналитические модели собственного поведения.

Однако при этом сохраняется феномен, при котором осознание не приводит к устойчивой внутренней трансформации. Клиент может ясно понимать происхождение своих реакций, но эмоционально и телесно продолжать воспроизводить прежние паттерны переживания и поведения.

Данный разрыв между когнитивным пониманием и изменением опыта указывает на ограниченность исключительно вербально-аналитических подходов и требует обращения к более глубоким уровням психической организации - символическому, аффективному и телесному [2, 8].

Объектом исследования выступает внутренняя реальность субъекта как система психического опыта, включающая когнитивные, аффективные и телесные компоненты.

Предметом исследования является процесс трансформации внутренней реальности в условиях символической и телесной репрезентации опыта.

Целью настоящей работы является теоретическое обоснование и описание метода NeoSandTherapy как интегративного подхода к работе с внутренней реальностью.

Концепция внутренней реальности

В основе NeoSandTherapy лежит понятие внутренней реальности, понимаемой как динамическая система образов, аффективных состояний, телесных ощущений и внутренних объектных связей [7], через которую субъект организует восприятие себя и мира.

Внутренняя реальность обладает относительной устойчивостью, но подвержена трансформации в процессе переживаемого опыта. Её структура проявляется в эмоциональных реакциях, телесных паттернах и повторяющихся сценариях поведения [7].

Песочное поле как символическое пространство

В процессе работы формируется песочное поле - внешнее символическое пространство, в котором внутренняя реальность становится наблюдаемой через размещение и взаимодействие объектов.

Песочное поле выполняет функции

- экстернализации внутреннего опыта
- символического моделирования психической реальности
- визуализации бессознательных структур [1]

Таким образом, оно выступает как промежуточное звено между внутренним и осознаваемым уровнями опыта.

Диагностическое значение песочного поля

Песочное поле рассматривается как диагностическое пространство, позволяющее выявлять структурные характеристики внутренней реальности.

Анализируются следующие параметры:

- пространственные отношения между элементами
- степень целостности или фрагментации композиции
- наличие или отсутствие связей
- динамика или статичность структуры

Данные параметры рассматриваются как феноменологические маркеры организации психического опыта.

Роль психотерапевта

В NeoSandTherapy терапевт занимает позицию сопровождающего процесса, а не интерпретирующего эксперта [6].

Его функции включают:

- удержание терапевтического поля
- поддержку осознания переживаний
- интеграцию символического, эмоционального и телесного уровней опыта
- предотвращение преждевременной когнитивной рационализации

Символо-телесная интеграция

Ключевым механизмом метода является символ-телесная интеграция - процесс, в котором символическая репрезентация опыта соединяется с телесным переживанием [5].

Данный процесс способствует:

- снижению диссоциации между

когнитивным и переживаемым опытом
- усилению аффективной переработки
- формированию устойчивых изменений
внутренней организации

Механизм изменения

Изменение не основано на интерпретации как ведущем механизме.

Процесс включает:

1. экстернализация внутреннего состояния
2. символическая структуризация опыта
3. эмоциональное и телесное проживание
4. постепенная реорганизация внутренней конфигурации
5. интеграция и формирование осознанного опыта изменений

Осознание рассматривается как результат интеграции, а не как инструмент интерпретации.

Онлайн-формат

Метод эффективно реализуется в онлайн-формате благодаря способности психики формировать символическое пространство вне физического носителя [2].

В работе используются:

- предметные и полевые заместители, позволяющие конструировать символическое поле в реальном времени
- реальные композиции, создаваемые клиентом с использованием доступных объектов или их символических аналогов
- элементы воображаемого удержания и визуализации пространства как дополнение к внешнему конструированию
- фокус на телесных и эмоциональных откликах и проживании в процессе работы

Клинические области применения

Метод применяется в работе с состояниями:

- эмоционального выгорания
- кризиса идентичности
- повторяющихся межличностных сценариев
- утраты внутренней опоры
- последствий травматического опыта
- переходных жизненных периодов

Заключение

NeoSandTherapy представляет собой интегративный метод работы с внутренней реальностью, основанный на символическом моделировании, телесной интеграции и структурной перестройке опыта.

Метод позволяет переводить когнитивное понимание на уровень устойчивых изменений внутренней организации психики, сохраняя при этом глубину, экологичность и субъектность терапевтического процесса.

Научная новизна работы заключается в разработке авторской теоретической модели интегративного психотерапевтического процесса, в которой символическая, эмоциональная и телесная переработка опыта рассматриваются как единый последовательный механизм изменений. В рамках подхода песочное пространство концептуализируется как процессуально-динамическая среда внешней символизации внутреннего опыта и его последующей интеграции.

Практическая значимость метода связана с возможностью его применения в психотерапевтической практике при работе с клиентами, демонстрирующими разрыв между когнитивным осознанием и телесно-аффективной переработкой опыта.

Литература

1. Jung, C. G. The Archetypes and the Collective Unconscious. Princeton: Princeton University Press, 1968.
2. Winnicott, D. W. Playing and Reality. London: Tavistock Publications, 1971.
3. Stern, D. N. The Interpersonal World of the Infant. New York: Basic Books, 1985.
4. Kalf, D. Sandplay: A Psychotherapeutic Approach to the Psyche. Boston: Sigo Press, 1980.
5. Van der Kolk, B. The Body Keeps the Score. New York: Viking, 2014.
6. Ogden, T. H. The Matrix of the Mind. New York: Jason Aronson, 1986.
7. Mitchell, S. A., Aron, L. Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition. New York: Routledge, 1999.
8. Jung, C. G. Man and His Symbols. London: Aldus Books, 1964.

Эпидемиологический переход и кризис медицинской модели: необходимость разворота к превентивному и интегративному здравоохранению.

Александр Дмитриев³(Джамнагар, Индия)

Аннотация

Предпосылки: Неинфекционные заболевания (НИЗ) составляют основную долю глобальной смертности, однако системы здравоохранения по-прежнему в значительной степени ориентированы на лечение острых состояний. Данное исследование направлено на анализ структурного несоответствия между современными паттернами заболеваемости и организацией систем здравоохранения.

Методы: Проведен нарративный аналитический обзор с использованием вторичных данных Глобального исследования бремени болезней (GBD) и отчетов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), дополненных публикациями из баз PubMed, Scopus и Google Scholar за период 2000–2026 гг. Интерпретация результатов осуществлялась с опорой на теорию эпидемиологического перехода, анализ систем здравоохранения и подходы политической экономики.

Результаты: Анализ выявил ряд структурных факторов, формирующих ориентацию систем здравоохранения на лечение, включая экономические стимулы, поддерживающие преимущественно лечебные вмешательства, краткосрочные политические циклы принятия решений и историческое доминирование биомедицинской модели. Указанные факторы способствуют систематическому недоинвестированию в профилактику, росту расходов на здравоохранение и сохранению глобального неравенства в доступе к медицинским технологиям, что наглядно проявилось в период пандемии COVID-19. Существующая модель связана с увеличением экономического бремени и прогнозируемыми потерями глобальной производительности в период 2030–2050 гг.

Заключение: Полученные данные указывают на структурное несоответствие текущей модели здравоохранения потребностям общественного здоровья. Улучшение показателей здоровья и обеспечение устойчивости системы требуют переориентации на профилактику, использование долгосрочных метрик здоровья и научно обоснованную интеграцию комплементарных подходов в структуру здравоохранения.

Ключевые слова:

неинфекционные заболевания (НИЗ); эпидемиологический переход; организация здравоохранения; профилактическая медицина; неравенство в здравоохранении.

The Epidemiological Transition and the Crisis of the Medical Model: The Need for a Shift Toward Preventive and Integrative Healthcare

Abstract

Background: Non-communicable diseases (NCDs) account for the majority of global mortality, yet healthcare systems remain largely oriented toward the treatment of acute conditions. This study examines the structural mismatch between contemporary disease patterns and healthcare system organization.

Methods: A narrative analytical review was conducted using secondary data from the Global Burden of Disease (GBD) study and World Health Organization (WHO) reports, supplemented by literature from PubMed, Scopus, and Google Scholar (2000–2026). Findings were interpreted using epidemiological transition theory, health systems analysis, and political economy frameworks.

Results: The analysis identifies multiple structural drivers of treatment-oriented healthcare systems, including economic incentives favoring curative services, short-term political decision-making cycles, and the historical dominance of the biomedical model. These factors contribute to systematic underinvestment in prevention, rising healthcare expenditures, and persistent global inequalities in access to medical technologies, as demonstrated during

³ Кафедра панчакармы, Институт преподавания и исследований в области аюрведы, Джамнагар, Гуджарат, Индия; alextoysov@gmail.com

the COVID-19 pandemic. The current model is associated with increasing economic burden and projected losses in global productivity by 2030–2050.

Conclusions: The findings indicate that the current healthcare model is structurally misaligned with population health needs. Improving health outcomes and system sustainability requires a reorientation toward prevention, long-term health metrics, and the evidence-based integration of complementary approaches within healthcare systems.

Keywords:

non-communicable diseases (NCDs); epidemiological transition; health system organization; preventive healthcare; health inequality

Введение

На сегодняшний день современная система здравоохранения сталкивается с глубоким системным кризисом, затрагивающим её базовые принципы и устойчивость. Несмотря на значительный технологический прогресс и достижения в областях высокоточной медицины, искусственного интеллекта и генной терапии, общее состояние здоровья населения в мире показывает ухудшение. Основное противоречие заключается в том, что рост финансирования здравоохранения и улучшение диагностики не сопровождаются значительным снижением распространенности хронических неинфекционных заболеваний, таких как сердечно-сосудистые болезни, диабет, рак и хронические заболевания дыхательной системы. (1)

Этот кризис вполне закономерен и обусловлен историческими и системными особенностями развития здравоохранения. Современная система здравоохранения сформировалась в первой половине XX века, когда главными угрозами здоровья были инфекции и травмы. Подход, ориентированный на лечение уже возникших болезней, оказался эффективным против инфекций и привел к быстрому и значительному увеличению продолжительности жизни. В настоящее же время структура заболеваний изменилась: вместо острых инфекций преобладают хронические болезни, которые требуют не разового лечения, а длительного контроля, включая изменение образа жизни, окружающей среды и социальных детерминант каждого человека. (1,2)

Разрыв между чрезмерным фокусом на высокие технологии и реальными потребностями населения становится все более заметным. Системы здравоохранения часто уделяют внимание дорогому лечению на поздних стадиях заболеваний, при этом недооценивая простые и эффективные меры профилактики. Как результат, формируется

модель, в которой финансовые интересы, страхование и прибыль фармацевтических компаний, как правило, оказываются важнее реального улучшения здоровья населения. (3)

Основной вопрос статьи звучит следующим образом: почему современная система здравоохранения, обладая колоссальным технологическим потенциалом, неэффективно справляется с бременем неинфекционных заболеваний и глобальным неравенством?

Данная работа вносит вклад в существующую научную литературу за счёт интеграции теории эпидемиологического перехода с подходами политической экономии для объяснения устойчивости ориентированных на лечение систем здравоохранения, несмотря на доминирование неинфекционных заболеваний. Кроме того, работа предлагает структурированное обобщение, объединяющее глобальные паттерны заболеваемости, институциональные стимулы и результаты функционирования систем здравоохранения в рамках единой аналитической модели.

Методы

Данное исследование выполнено в формате нарративного аналитического обзора и направлено на изучение структурного несоответствия между современными паттернами заболеваемости и организацией систем здравоохранения. Сбор первичных данных не проводился.

Анализ основан на вторичных данных, полученных из открытых источников, преимущественно из Глобального исследования бремени болезней (GBD) и отчетов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), которые предоставляют стандартизированные оценки смертности, заболеваемости и факторов риска на уровне популяций. Указанные источники выбраны в связи с их методологической строгостью, глобальным охватом и высокой релевантностью для анализа тенденций общественного здоровья.

Дополнительные данные были получены посредством целенаправленного поиска в базах PubMed, Scopus и Google Scholar публикаций на английском языке за период примерно с 2000 по 2026 годы с использованием

комбинаций ключевых слов, связанных с неинфекционными заболеваниями, эпидемиологическим переходом, организацией систем здравоохранения, профилактикой и глобальным неравенством в сфере здоровья. Отбор источников осуществлялся на основе их релевантности исследовательскому вопросу и цитируемости. Приоритет отдавался рецензируемым научным публикациям, включая систематические обзоры, крупные наблюдательные исследования и статьи из высокорейтинговых журналов. Также в анализ были включены политические отчёты и материалы международных организаций, что позволило учесть экономические и управленческие аспекты, недостаточно представленные в клинической и эпидемиологической литературе.

Исследование выполнено с применением нарративного синтеза, при котором данные из разнородных источников анализируются совместно без их количественного объединения. Анализ структурирован с использованием теории эпидемиологического перехода, подходов системного анализа здравоохранения и экономического анализа, а также концепций политической экономии. Указанные теоретические рамки применялись для интерпретации закономерностей бремени заболеваний, финансирования здравоохранения и глобального неравенства, а также для выявления структурных взаимосвязей между институциональными стимулами и показателями здоровья населения.

Источники включались в анализ, если они содержали количественные данные о бремени заболеваний, рассматривали структуру или политику систем здравоохранения, либо затрагивали вопросы профилактики и интегративных подходов в контексте общественного здоровья. Ненаучные мнения и неиндексируемые публикации исключались, за исключением случаев, когда они были необходимы для освещения исторического или концептуального контекста.

Следует учитывать, что данный методологический подход имеет ограничения. Поскольку исследование выполнено в формате

нарративного обзора, оно не опирается на строгий систематический протокол и, следовательно, может быть подвержено смещению отбора источников. Объединение разнородных типов данных предполагает определённую долю интерпретационной субъективности, а выводы о причинно-следственных связях основаны на уже существующих публикациях, а не на первичном эмпирическом анализе.

1. Эпидемиологический переход как структурное изменение

Концепция эпидемиологического перехода, предложенная Абделем Омраном, описывает изменение причин заболеваемости и смертности по мере социально-экономического развития общества. Согласно данной теории, человечество проходит несколько последовательных этапов: от периода, характеризующегося преобладанием голода и инфекционных заболеваний, к стадии их снижения, а затем к этапу, на котором доминируют хронические и связанные с образом жизни неинфекционные заболевания. (4) В настоящее время большинство стран находится на данном завершающем этапе эпидемиологического перехода, что объективно требует трансформации систем здравоохранения с учетом новых структур заболеваемости и изменения приоритетов медицинской помощи.

1.1 Статистические показатели глобального бремени болезней

Данные Глобального исследования бремени болезней (GBD) за период 2000–2021 гг. подтверждают, что неинфекционные заболевания (НИЗ) стали ведущей причиной смертности во всех регионах мира, за исключением наименее обеспеченных стран с низким уровнем социально-демографического индекса (SDI). В 2021 году НИЗ обусловили около 43,8 млн случаев смерти, что составляет приблизительно 64,5% от общей смертности в мире. (1)

Основные группы неинфекционных заболеваний и их вклад в глобальную смертность представлены в Таблице 1.

Сахарный диабет характеризуется наиболее высоким темпом роста заболеваемости среди всех основных неинфекционных заболеваний. Это свидетельствует о

выраженном кризисе метаболического здоровья населения, связанном с изменениями

характера питания и снижением уровня физической активности. (1,5)

Таблица 1. Основные группы неинфекционных заболеваний и их вклад в глобальную смертность (2021 г.)

Категория заболевания	Смертность, 2021 г. (абс. число)	Доля в общей смертности (%)	Тенденция (ААРС*)
Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ)	19,4 млн	28,6%	+0,21%
Злокачественные новообразования	9,88 млн	14,6%	Устойчивый рост
Хронические респираторные заболевания (ХРЗ)	4,41 млн	6,5%	Вариабельность по регионам
Сахарный диабет	1,65 млн	2,4%	+2,41%
Итого по 4 основным НИЗ	37,6 млн	55%	Восходящая динамика

Источник: (1) *Average Annual Percent Change (среднегодовой темп изменения, ААРС)

1.2 Региональная специфика и феномен двойного бремени

Эпидемиологический переход протекает неравномерно в различных регионах мира. В странах с высоким уровнем дохода (High SDI) наблюдается наибольшая заболеваемость сахарным диабетом (461 случай на 100 000 населения), тогда как в странах с низким уровнем дохода сохраняется высокая смертность от инфекционных, материнских и перинатальных состояний. (1)

Наиболее неблагоприятная ситуация в настоящее время наблюдается в странах с низким и средним уровнем дохода (LMICs), которые сталкиваются с так называемым «двойным бременем заболеваний».

В этих регионах системы здравоохранения вынуждены одновременно противостоять как классическим инфекционным заболеваниям (туберкулез, ВИЧ, малярия), так и быстро распространяющейся эпидемии неинфекционных заболеваний, обусловленной процессами урбанизации и изменением образа жизни по западному типу. (6,7)

В таких условиях традиционное разделение медицины на «инфекционную» и «хроническую» теряет свою эффективность, поскольку одни и те же популяции (например, жители трущоб в Индии или Гане) одновременно подвергаются воздействию обоих типов факторов риска. (2)

1.3 Прогнозы до 2050 года: приближающийся кризис

При сохранении текущих тенденций к 2050 году глобальная смертность от неинфекционных заболеваний (НИЗ) может достигнуть 75,5 млн случаев ежегодно. Наибольшую долю по-прежнему будут составлять сердечно-сосудистые заболевания, формируя до 86% всех смертей, связанных с НИЗ. Прогнозируемое число потерянных лет жизни с учетом инвалидности (DALYs) может достигнуть 2,44 млрд, что окажет выраженное негативное влияние на глобальную производительность труда и устойчивость социальных систем. (1)

Эти данные свидетельствуют о том, что современная система здравоохранения функционирует в условиях новой биологической реальности, однако продолжает использовать «реактивную» логику, ориентированную на острые состояния, что делает её неспособной эффективно предотвращать нарастающее бремя хронических заболеваний.

2. Структурное неравенство в глобальном здравоохранении

Одной из ключевых причин ограниченной эффективности современной системы здравоохранения является системное неравенство, встроенное в её структуру и механизмы функционирования. Глобальное здравоохранение не представляет собой

единую систему, а характеризуется стратификацией по уровням доступа к ресурсам, технологиям и знаниям. Страны Глобального Севера занимают доминирующее положение, тогда как страны Глобального Юга остаются в зависимом положении. Это проявляется в неравномерном распределении медицинских технологий, финансовых ресурсов, кадрового потенциала и научного влияния. Кроме того, модели здравоохранения и стандарты лечения, как правило, формируются в странах с высоким уровнем дохода и затем транслируются в менее развитые страны без учета их социально-экономических и культурных особенностей.

2.1 Концентрация R&D и патентные ограничения

Более 90% глобальных инвестиций в медицинские исследования и разработки (R&D) сосредоточено в развитых странах, что существенно ограничивает участие других регионов в формировании исследовательской повестки и распределении приоритетов. Фармацевтическая индустрия, функционирующая в логике максимизации прибыли, ориентируется преимущественно на разработку лекарственных средств для платежеспособного спроса. В результате заболевания, характерные для бедных регионов, включая так называемые «забытые тропические болезни», получают крайне ограниченное финансирование и остаются недостаточно изученными и недофинансированными. (8–10)

Патентная система, закрепленная соглашением TRIPS, фактически ограничивает доступ к медицинским технологиям. Она позволяет компаниям-монополистам устанавливать цены, недоступные для значительной части мирового населения. Даже в условиях кризисов применение механизмов принудительного лицензирования нередко сдерживается политическим давлением со стороны развитых стран, что дополнительно снижает доступность лечения. (8,11)

2.2 Пандемия COVID-19 как отражение системного сбоя

Пандемия COVID-19 продемонстрировала, что быстрые технологические достижения, включая ускоренную разработку вакцин, сами по себе не обеспечивают справедливых общественных результатов. Уже к 2021 году

более 70% произведённых доз вакцин было направлено в страны с высоким уровнем дохода, тогда как уровень вакцинации в странах с низким доходом составлял лишь 1–4%. (8,12) Это указывает на существенный разрыв между научными возможностями и механизмами распределения их результатов.

Распределение вакцин носило выражено неравномерный характер. Коэффициент Джини, применяемый для оценки неравенства и варьирующий от 0 (полное равенство) до 1 (максимальная концентрация ресурсов), достигал примерно 0,88. Такой показатель близок к верхней границе и сопоставим с глобальным неравенством доходов, отражая концентрацию вакцинных ресурсов в ограниченном числе стран. На практике это означало, что значительная часть населения стран с низким уровнем дохода оставалась без доступа к вакцинации, несмотря на её ключевую роль в снижении смертности.

Дополнительным фактором стало несоответствие между государственными инвестициями и доступностью конечного продукта.

Разработка вакцин в значительной степени финансировалась за счёт государственных средств, в частности в США и Великобритании, где общий объём вложений достигал около 14 млрд долларов. Однако полученные технологии и экономические выгоды преимущественно оставались в частном секторе, что ограничивало масштаб и скорость глобального доступа.

В результате сформировалась ситуация, обозначаемая в ряде источников как «вакцинный апартеид». (13,14) Она была обусловлена не только производственными ограничениями, но и недостаточным трансфером технологий, а также зависимостью стран с низким уровнем дохода от внешних поставок и гуманитарных механизмов. Инициатива COVAX, разработанная Всемирной организацией здравоохранения с целью обеспечения более справедливого распределения вакцин, не достигла заявленных целей, поскольку страны с высоким уровнем дохода отдавали приоритет прямым закупкам и обеспечению собственных потребностей, что существенно ограничило доступ для менее обеспеченных государств. Данная ситуация демонстрирует, что в рамках существующей политико-экономической модели глобальная солидарность носит ограниченный характер.

3. Смещение в сторону лечения: экономические и институциональные факторы

Вопрос о систематическом недоинвестировании в профилактику требует анализа институциональных стимулов. Наблюдаемая модель не является следствием неэффективности или ошибок, а отражает рациональное поведение в условиях существующих экономических и политических ограничений, при которых приоритет отдается вмешательствам с измеримыми и краткосрочными результатами.

3.1 Исторический фундамент: доклад Флекснера и институционализация био- медицинской модели

Ключевым этапом формирования современной западной медицины стала публикация доклада Флекснера в 1910 году. (15,16) Документ, поддержанный фондами Карнеги и Рокфеллера, стандартизировал медицинское образование по образцу германской университетской науки, закрепив приоритет лабораторного подхода и клинической практики, основанной на биомедицинской парадигме.

Последствия данной реформы носили масштабный характер: более половины медицинских школ в США было закрыто, включая учреждения, преподававшие фитотерапию, гомеопатию и натуропатию. Это привело к существенному сокращению институционального разнообразия медицинских практик и доминированию единой модели медицинского знания. Одновременно произошло смещение профессионального фокуса врача. Вопросы гигиены, профилактики и общественного здоровья в значительной степени были выведены за пределы клинической компетенции, тогда как основное внимание сосредоточилось на патофизиологии и лечении уже манифестированных заболеваний в условиях стационарной помощи. Это способствовало формированию модели, ориентированной преимущественно на вмешательство, а не на предупреждение заболеваний.

Параллельно усилилась интеграция медицины с фармацевтической индустрией. Врач стал рассматриваться как специалист, применяющий стандартизированные терапевтические и хирургические решения, что

создало благоприятные условия для расширения рынка лекарственных средств и медицинских технологий. (17,18)

Таким образом, институционализация медицины в начале XX века закрепила приоритет лечения над профилактикой и задавала траекторию развития системы, в которой сохранение здоровья оказалось вторичным по отношению к управлению болезнью.

3.2 Политическая экономия профилактики и лечения

В рамках существующей системы лечение выступает как «товар немедленного потребления», обеспечивающий быстрый, измеримый и политически демонстрируемый результат. Профилактика, напротив, представляет собой форму долгосрочных инвестиций с отсроченным эффектом и высокой степенью неопределенности в горизонте оценки. (19)

Во-первых, политические циклы формируют приоритет краткосрочных вмешательств. Государственные системы, ограниченные сроками полномочий в 4–5 лет, ориентированы на решения с быстрым и видимым эффектом, такие как строительство специализированных медицинских центров или расширение доступа к лечению. В то же время результаты профилактических программ, направленных на снижение распространенности ожирения, табакокурения и метаболических нарушений, становятся заметны лишь в долгосрочной перспективе, часто за пределами текущего политического цикла. (3,20)

Во-вторых, структура экономических стимулов усиливает ориентацию на лечение. Хронические заболевания формируют устойчивый спрос на фармацевтические препараты и медицинские услуги, фактически превращая пациента в долгосрочного потребителя. Напротив, эффективная профилактика и модификация образа жизни снижают потребление медицинских ресурсов и, соответственно, не создают сопоставимой экономической отдачи для индустрии. (21,22)

В-третьих, существенную роль играет информационная и перцептивная асимметрия. Пациенты и общество в целом склонны придавать большее значение высокотехнологичным вмешательствам, чем постепенным изменениям поведения и среды. В результате закрепляется технологически ориентированный подход, при котором сложные проблемы здоровья интерпретируются как решаемые с помощью

лекарственных средств, медицинских устройств или алгоритмов, тогда как их социальные детерминанты остаются вне внимания. (23,24)

3.3 Чрезмерная технологизация и роль цифровых факторов в здравоохранении

Использование искусственного интеллекта и больших данных часто рассматривается как универсальное решение проблем здравоохранения. Однако исследования показывают, что данные технологии могут смещать фокус внимания от более глубоких и системных факторов. (23) Вместо решения таких проблем, как бедность, загрязнение окружающей среды или качество питания, ресурсы направляются на разработку цифровых инструментов мониторинга, например приложений для контроля уровня глюкозы в крови.

Данный подход основан на предположении, что увеличение объема информации о состоянии здоровья приведет к рациональному поведению индивида. На практике это не учитывает реальные ограничения, включая дефицит времени и финансовое давление, которые снижают способность следовать медицинским рекомендациям. (24–26) В результате технологии могут усиливать социальное неравенство, преимущественно принося пользу обеспеченным и относительно здоровым группам

населения, в то время как уязвимые группы получают ограниченный эффект. (27,28)

4. Бремя неинфекционных заболеваний и пределы текущей модели

Современная модель здравоохранения демонстрирует признаки экономической неустойчивости. Даже в странах с высоким уровнем дохода расходы на здравоохранение растут быстрее валового внутреннего продукта, тогда как показатели качества жизни населения остаются стабильными или ухудшаются.

4.1 Экономическая неэффективность реактивной модели здравоохранения

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, неинфекционные заболевания ежегодно приводят к глобальным экономическим потерям, измеряемым триллионами долларов. В европейском регионе НИЗ обуславливают около 1,8 млн предотвратимых смертей и экономические издержки в размере примерно 514 млрд долларов в год. (29) В Соединенных Штатах расходы на здравоохранение достигли 18% ВВП, что вдвое превышает среднемировой уровень, при этом страна уступает многим развитым государствам по показателям ожидаемой продолжительности жизни. (30,31)

Таблица 2. Экономические последствия неинфекционных заболеваний и распределение ресурсов здравоохранения		
Показатель	Оценка / прогноз	Интерпретация
Совокупное глобальное экономическое бремя к 2030 г.	47 трлн долл. США	Снижение темпов глобального экономического роста
Возврат на инвестиции в профилактику (ROI)	1:14	Высокая экономическая эффективность, значительный нереализованный потенциал
Доля расходов на профилактику в странах ОЭСР	< 0,5% ВВП	Системное недоинвестирование профилактических мероприятий
Потери производительности труда в Европе	> 514,5 млрд долл. США в год	Снижение социальной и экономической устойчивости

Источники: (19,30,32–34)

Ключевая проблема заключается в том, что современная медицина в значительной степени ориентирована на ведение заболеваний на поздних стадиях. Лечение онкологических заболеваний на IV стадии или

проведение сложных кардиохирургических вмешательств требует на порядки больших затрат по сравнению с контролем артериального давления или коррекцией питания на ранних этапах. Однако страховые и

государственные модели финансирования по-прежнему стимулируют объем оказанных медицинских услуг, а не конечные результаты в виде сохранения здоровья. (10,31)

4.2 Снижение качества жизни и мультиморбидность

Хронические неинфекционные заболевания, как правило, не возникают изолированно. В странах с низким и средним уровнем дохода наблюдается рост мультиморбидности, при которой пациенты одновременно страдают артериальной гипертензией, сахарным диабетом и хроническими респираторными заболеваниями. (6,35) Современная система здравоохранения, структурированная по узким медицинским специальностям (кардиология, эндокринология и др.), оказывается недостаточно эффективной для ведения таких пациентов. Это приводит к полипрагмазии (назначению избыточного количества лекарственных препаратов), увеличению риска побочных эффектов и снижению качества жизни. (6,22)

Подход, ориентированный на лечение уже сформировавшихся заболеваний, фактически превращает человека в «хронического пациента» на длительный период, создавая значительную нагрузку не только на системы здравоохранения, но и на семейные структуры, где уход за больными часто осуществляется родственниками. (3,30)

5. Переход к холистической и профилактической модели здравоохранения

Ограничения существующей модели здравоохранения обуславливают необходимость пересмотра её базовых принципов и поиска альтернативных подходов.

Одним из таких направлений является переход к холистической и профилактической парадигме. Данный подход не предполагает отказа от принципов доказательной медицины, а направлен на расширение её методологических и практических рамок.

5.1 Что представляет собой холистический подход

В отличие от редукционистской модели, рассматривающей человека как совокупность отдельных органов, холистический подход

определяет здоровье как динамическое равновесие в рамках сложной системы. (36)

Прежде всего, он предполагает системное понимание заболевания: болезнь интерпретируется не как локальное нарушение, а как проявление общего дисбаланса, включающего биологические, психические и экологические компоненты. (37,38)

Данный подход ориентирован на персонализацию медицинской помощи, включая учет индивидуального контекста пациента, такого как образ жизни, характер питания, уровень стресса и социальные детерминанты здоровья. (39,40)

Ключевым элементом является профилактическая направленность: акцент смещается с лечения уже развившегося заболевания на предупреждение его возникновения и прогрессирования, особенно на доклинических стадиях. (41)

В значительной степени данная логика соответствует концепции первичной медико-санитарной помощи (Primary Health Care), последовательно продвигаемой Всемирной организацией здравоохранения. Однако на практике это направление остается хронически недофинансированным по сравнению с высокотехнологичной специализированной медициной. (31,35)

5.2 Роль традиционной медицины и стратегия ВОЗ 2025–2034

В последние годы на уровне глобальной политики здравоохранения усиливается внимание к интегративным подходам. В этом контексте Всемирная организация здравоохранения разработала Глобальную стратегию по традиционной медицине на 2025–2034 годы, направленную на институционализацию и интеграцию научно обоснованных традиционных практик в национальные системы здравоохранения. (42,43)

Ключевые направления стратегии включают несколько взаимосвязанных компонентов. Во-первых, акцент делается на научной валидации традиционных методов с использованием современных биомедицинских инструментов, включая геномные и протеомные технологии, с целью уточнения механизмов их действия. Во-вторых, предусматривается усиление регулирования через разработку стандартов качества для фитопрепаратов, а также внедрение систем сертификации и контроля практикующих

специалистов. В-третьих, предполагается постепенная интеграция отдельных методов, таких как йога, акупунктура и натуропатия, в клиническую практику в качестве дополнения к основному лечению, в том числе для снижения побочных эффектов и повышения эффективности реабилитации.

Данный поворот обусловлен тем, что традиционные медицинские системы исторически ориентированы на поддержание здоровья и профилактику заболеваний, а не исключительно на их лечение. В условиях ограниченных ресурсов, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода, традиционная, комплементарная и интегративная медицина (TCIM) рассматривается как значимый инструмент расширения доступа к медицинской помощи и достижения всеобщего охвата здравоохранением. (42,43)

6. Ограничения и риски интегративного подхода

Любая системная трансформация сопряжена с определенными рисками. При отсутствии критического анализа интегративный подход может трансформироваться в инструмент распространения недостоверной информации или коммерческой эксплуатации.

6.1 Риск псевдонауки и снижения стандартов

Ключевая проблема заключается в размывании границ между доказательной медициной и практиками, не имеющими надежной эмпирической базы. В условиях недостаточной стандартизации под концепцией «холистического здоровья» могут продвигаться методы с недоказанной эффективностью и безопасностью.

Дополнительное осложнение связано с методологией оценки: многие традиционные вмешательства трудно адаптировать к классическим рандомизированным двойным слепым плацебо-контролируемым исследованиям, поскольку они воздействуют на совокупность факторов, а не на изолированный биологический механизм. (42) Это создает пространство для интерпретационных искажений. Отдельный риск связан с вопросами безопасности. Распространенное представление о том, что «натуральные» средства априори безопасны, может

приводить к отказу от необходимого лечения, а также к неконтролируемым взаимодействиям между растительными препаратами и фармакотерапией. (22,44)

6.2 Коммерциализация и «редукционизм здоровья»

Развитие рынка велнеса и биологически активных добавок привело к формированию масштабного коммерческого сегмента, в котором идеи холистического подхода нередко используются в маркетинговых целях. Вместо системных изменений образа жизни потребителям предлагаются отдельные продукты с обещанием быстрого эффекта, что фактически воспроизводит редукционистскую логику в иной форме. (21,44)

Дополнительно используются нарративы, противопоставляющие «натуральное» и «химическое», что способствует продвижению дорогостоящих продуктов с ограниченной доказательной базой и одновременно подрывает доверие к научной медицине. (21)

7. Этические вызовы и справедливость

Существует реальный риск того, что интегративная медицина может трансформироваться в «медицину для обеспеченных слоёв населения». В то время как более благополучные группы имеют доступ к качественному питанию, практикам, таким как йога, и экологически чистым продуктам, группы с низким уровнем дохода остаются ограничены потреблением недорогих ультрапереработанных продуктов и вынуждены полагаться на реактивную медицинскую помощь в условиях перегруженных государственных систем здравоохранения. (44) При отсутствии государственной поддержки и включения профилактических мероприятий в системы обязательного медицинского страхования холистический подход может не снижать, а усиливать социальную стратификацию.

7.1 Экономическое обоснование профилактики: модели и интерпретации

Анализ экономических моделей на основе данных стран ОЭСР демонстрирует нелинейную зависимость между структурой расходов на здравоохранение и макроэкономическими результатами. Расчёты показывают, что оптимальное распределение ресурсов для максимизации общественного

благополучия предполагает направление около 0,44% ВВП на профилактику и 10,96% ВВП на лечебную помощь. Фактические показатели существенно отклоняются от этих значений: доля расходов на профилактику составляет около 0,25% ВВП, тогда как на лечение приходится примерно 8,26%. (19) Это свидетельствует о систематическом недоинвестировании в профилактические меры и, как следствие, об утрате значительного потенциала экономического роста.

Дополнительным аргументом служат оценки возврата инвестиций в общественное здоровье: профилактические программы демонстрируют высокий коэффициент эффективности ($ROI \approx 14:1$). Иными словами, вложения в иммунизацию, снижение распространённости курения и улучшение питания многократно окупаются за счёт сокращения социальных расходов, повышения производительности труда и увеличения продолжительности здоровой жизни. (33)

Обсуждение

Результаты данной работы указывают на фундаментальное структурное несоответствие между современным глобальным бременем болезней и организацией систем здравоохранения. Несмотря на доминирование неинфекционных заболеваний в структуре заболеваемости и смертности, системы здравоохранения по-прежнему ориентированы преимущественно на лечение острых состояний, а не на долгосрочную профилактику и управление хроническими заболеваниями.

Данное несоответствие не является следствием неэффективности или недостатка знаний, а отражает базовые стимулы, определяющие функционирование систем здравоохранения. Экономические механизмы отдают приоритет вмешательствам с быстрым и измеримым результатом, тогда как политические циклы ориентированы на краткосрочные эффекты, а не на долгосрочное улучшение здоровья населения. Одновременно историческое доминирование биомедицинской модели закрепило фокус на нозологически ориентированных вмешательствах вместо системного подхода к здоровью. В совокупности эти факторы формируют систему, оптимизированную для управления болезнью, а не для её предотвращения.

Полученные результаты согласуются с существующей литературой по

эпидемиологическому переходу и экономике профилактики, но расширяют её за счёт интеграции институциональных и политико-экономических факторов в единую аналитическую рамку. Ранее было показано увеличение распространённости неинфекционных заболеваний и высокая экономическая эффективность профилактических вмешательств, однако структурные причины их недоприоритизации остаются недостаточно изученными.

В то же время необходимо учитывать альтернативные объяснения. Профилактические вмешательства по своей природе сложнее в реализации и оценке, поскольку их эффекты отсрочены и зависят от поведенческих, социальных и экологических факторов. Кроме того, развитие биомедицинских технологий привело к значительному улучшению выживаемости и качества жизни при ряде заболеваний, особенно в странах с высоким уровнем дохода. Это указывает на то, что доминирование лечебно-ориентированных моделей обусловлено не только структурными стимулами, но и объективной сложностью реализации профилактики.

Тем не менее проведённый анализ показывает, что указанные факторы функционируют в рамках более широких системных ограничений. Сложность реализации профилактики не снижает её значимости, а напротив, подчеркивает необходимость создания институциональных механизмов, поддерживающих долгосрочные инвестиции и межсекторное взаимодействие. Аналогично, несмотря на значительные достижения технологий, они не устраняют фундаментальные причины неинфекционных заболеваний и при отсутствии системных реформ могут способствовать росту затрат и усилению неравенства.

С точки зрения политики здравоохранения данные результаты указывают на необходимость изменений на уровне архитектуры системы, а не отдельных вмешательств. Это включает переориентацию механизмов финансирования с объёма оказываемых услуг на конечные результаты, увеличение инвестиций в профилактику как на популяционном, так и на индивидуальном уровнях, а также разработку нормативных рамок для безопасной и научно обоснованной интеграции комплексных подходов. Кроме того, снижение глобального неравенства в здравоохранении требует структурных реформ в

таких областях, как интеллектуальная собственность, трансфер технологий и распределение исследовательского потенциала.

В совокупности полученные результаты подтверждают, что текущая модель здравоохранения не является неэффективной в узком смысле, а функционирует в соответствии с заложенными в неё стимулами, которые не соответствуют современным потребностям здоровья населения. Преодоление данного несоответствия представляет собой ключевое условие обеспечения устойчивости систем здравоохранения и улучшения глобального общественного здоровья.

Ограничения

Данное исследование имеет ряд ограничений. В силу нарративного характера обзора оно не основано на строго систематической методологии, что допускает возможность селекционного смещения при отборе источников. Анализ базируется на вторичных данных и не включает первичных эмпирических исследований.

Интерпретация результатов в определённой степени обусловлена выбранными теоретическими рамками, в частности подходом политической экономии, который может акцентировать внимание на структурных и экономических объяснениях в ущерб альтернативным интерпретациям. Кроме того, глобальный масштаб исследования может нивелировать значимые региональные различия, поскольку системы здравоохранения функционируют в условиях существенно различающихся политических, культурных и экономических контекстов.

Заключение

Результаты исследования свидетельствуют о том, что современная система здравоохранения структурно не соответствует текущему глобальному бремени болезней. В условиях, когда неинфекционные заболевания требуют долгосрочной профилактики и системного управления, системы здравоохранения продолжают ориентироваться преимущественно на лечение уже развившихся патологий.

Данное несоответствие обусловлено не ограничениями технологий, а характером стимулов, встроенных в систему здравоохранения, включая экономические, политические и институциональные факторы, которые приоритизируют краткосрочные и интервенционные подходы. В результате увеличение расходов на здравоохранение не обязательно приводит к улучшению показателей общественного здоровья или повышению устойчивости системы.

Преодоление данного противоречия требует изменения базовой логики функционирования здравоохранения в сторону приоритета профилактики, долгосрочных показателей здоровья и более справедливого доступа к медицинским знаниям и технологиям. При отсутствии таких структурных изменений дальнейший технологический прогресс, вероятно, будет сопровождаться ростом затрат, сохранением неравенства и ограниченными улучшениями в состоянии здоровья населения.

Вклад автора: Автор единолично осуществил концептуализацию, разработку методологии, проведение анализа и подготовку рукописи.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Freihat O, Sipos D, Aamir M, Kovacs A. Global burden and future projections of non-communicable diseases (2000–2050): Progress toward SDG 3.4 and disparities across regions and risk factors. *PLOS One*. 2025 Dec 10;20(12):e0336036. doi:10.1371/journal.pone.0336036 PubMed PMID: 41370213; PubMed Central PMCID: PMC12694828.
2. Remais JV, Zeng G, Li G, Tian L, Engelgau MM. Convergence of non-communicable and infectious diseases in low- and middle-income countries. *Int J Epidemiol*. 2013 Feb;42(1):221–7. doi:10.1093/ije/dys135 PubMed PMID: 23064501; PubMed Central PMCID: PMC3600620.
3. Hoffman SJ, Creatore MI, Klassen A, Lay AM, Fafard P. Building the political case for investing in public health and public health research. *Can J Public Health Rev Can Santé Publique*. 2019 May 6;110(3):270–4. doi:10.17269/s41997-019-00214-3 PubMed PMID: 31062337; PubMed Central PMCID: PMC6964539.
4. Anza-Ramirez C, Miranda JJ, Van Spall HGC, Mendoza W, Beran D, GBD 2019 Epidemiological Transition in Children Collaborators. Has the Epidemiological Transition Occurred in Children? Fifty Years After Omran’s Theory. *Wellcome Open Res*. 2026 Jan 26;11:86. doi:10.12688/wellcomeopenres.25541.1
5. Soepnel LM, Conradie C, Geffen H, Choo-Kang C, Bovet P, Viswanathan B, et al. Eight-year prevalence and incidence of obesity, high blood glucose and high blood pressure in five African-origin populations: data from the Modeling the Epidemiologic Transition Study. *BMJ Public Health*. 2026 Jan 16;4(1):e003427. doi:10.1136/bmjph-2025-003427 PubMed PMID: 41561565; PubMed Central PMCID: PMC12815035.
6. Basto-Abreu A, Barrientos-Gutierrez T, Wade AN, Oliveira de Melo D, Semeão de Souza AS, Nunes BP, et al. Multimorbidity matters in low and middle-income countries. *J Multimorb Comorbidity*. 2022 Jun 16;12:26335565221106074. doi:10.1177/26335565221106074 PubMed PMID: 35734547; PubMed Central PMCID: PMC9208045.
7. Nuccio E, Boccia G, Santoro E, Esposito A, Nigro A, Satriani V, et al. Health Beyond Disease: An Integrated Assessment of Quality of Life, Perceived Health, and Lifestyle Behaviours in a Peri-Urban Kenyan Population—A Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2026 Mar 31;23(4). doi:10.3390/ijerph23040438
8. Sunder M, Sun H. Introduction: Intellectual Property and “The Lost Year” of COVID-19 Deaths. In: Sun H, Sunder M, editors. *Intellectual Property, COVID-19 and the Next Pandemic* [Internet]. 1st ed. Cambridge University Press; 2024 [cited 2026 Apr 4]. p. 1–36. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/9781009282406%23CT-bp-1/type/book_part doi:10.1017/9781009282406.001
9. Alves F, Saad D. The futility of being selfish in vaccine distribution. *J Phys Complex*. 2024 Sep 1;5(3):035006. doi:10.1088/2632-072X/ad5ad5
10. Conti RM, Frank RG, Gruber J. Balancing Lower Drug Prices and Pharmaceutical Innovation Incentives [Internet]. Washington, DC, USA: Brookings Institution; 2021. Available from: <https://coilink.org/20.500.12592/f6cc8w>
11. Gleeson D, Townsend B, Tenni BF, Phillips T. Global inequities in access to COVID-19 health products and technologies: A political economy analysis. *Health Place*. 2023 Sep;83:103051. doi:10.1016/j.healthplace.2023.103051 PubMed PMID: 37379732; PubMed Central PMCID:

PMC10247888.

12. Tatar M, Shoorekchali JM, Faraji MR, Wilson FA. International COVID-19 vaccine inequality amid the pandemic: Perpetuating a global crisis? *J Glob Health*. 11:03086. doi:10.7189/jogh.11.03086 PubMed PMID: 34221356; PubMed Central PMCID: PMC8252691.
13. Prasad S, Shahid A, Co ELF, Khatri G, Cheema HA, Rocha ICN, et al. Vaccine apartheid: the separation of the world's poorest and most vulnerable and the birth of Omicron. *Ther Adv Vaccines Immunother*. 2022 Jul 5;10:25151355221107975. doi:10.1177/25151355221107975 PubMed PMID: 35832726; PubMed Central PMCID: PMC9272166.
14. Gupta A. COVAX can still end COVID-19 vaccine apartheid. *Nat Hum Behav*. 2022 Feb;6(2):175–175. doi:10.1038/s41562-022-01308-8.
15. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. *Bull World Health Organ*. 2002;80(7):594–602.
16. Duffy TP. The Flexner Report — 100 Years Later. *Yale J Biol Med*. 2011 Sep;84(3):269–76. PubMed PMID: 21966046; PubMed Central PMCID: PMC3178858.
17. Whorton JC. *Nature Cures: The History of Alternative Medicine in America*. New York: Oxford University Press; 2002.
18. Stahnisch FW, Verhoef M. The Flexner Report of 1910 and Its Impact on Complementary and Alternative Medicine and Psychiatry in North America in the 20th Century. *Evid-Based Complement Altern Med ECAM*. 2012;2012:647896. doi:10.1155/2012/647896 PubMed PMID: 23346209; PubMed Central PMCID: PMC3543812.
19. Wang F. The roles of preventive and curative health care in economic development. *PLoS ONE*. 2018 Nov 7;13(11):e0206808. doi:10.1371/journal.pone.0206808 PubMed PMID: 30403708; PubMed Central PMCID: PMC6221337.
20. Marshall L, Briggs A, Bibby J. How can the next government take prevention from rhetoric to reality? [Internet]. London: The Health Foundation; 2024 Jun. Available from: <https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/briefings/how-can-the-next-government-take-prevention...>
21. Churchill LR, Churchill SC. Buying Health: The Costs of Commercialism and an Alternative Philosophy. *Int J Health Policy Manag*. 2013 Jul 11;1(2):91–3. doi:10.15171/ijhpm.2013.14 PubMed PMID: 24596842; PubMed Central PMCID: PMC3937926.
22. Krause B, Lavretsky H, Dunn LB. Ethical Challenges in Complementary and Alternative Medicine. *Focus J Life Long Learn Psychiatry*. 2018 Jan;16(1):63–6. doi:10.1176/appi.focus.20170054 PubMed PMID: 31975903; PubMed Central PMCID: PMC6519575.
23. Sreya B. Artificial intelligence in public health: a foundational shift or a technocratic distraction? *Front Public Health*. 2026 Mar 10;14. doi:10.3389/fpubh.2026.1789522
24. Wang X, Yang F, Trafford J, Qiu W, Conn C. What counts as care? Structural critique of digital health models. *Digit Health*. 2026 Jan 19;12:20552076251411273. doi:10.1177/20552076251411273 PubMed PMID: 41567419; PubMed Central PMCID: PMC12816506.
25. Weiss D, Rydland HT, Øversveen E, Jensen MR, Solhaug S, Krokstad S. Innovative technologies and social inequalities in health: A scoping review of the literature. *PLoS ONE*. 2018 Apr

- 3;13(4):e0195447. doi:10.1371/journal.pone.0195447 PubMed PMID: 29614114; PubMed Central PMCID: PMC5882163.
26. Chidambaram S, Jain B, Jain U, Mwavu R, Baru R, Thomas B, et al. An introduction to digital determinants of health. *PLOS Digit Health*. 2024 Jan 4;3(1):e0000346. doi:10.1371/journal.pdig.0000346 PubMed PMID: 38175828; PubMed Central PMCID: PMC10766177.
 27. Joseph J. Algorithmic bias in public health AI: a silent threat to equity in low-resource settings. *Front Public Health*. 2025 Jul 23;13:1643180. doi:10.3389/fpubh.2025.1643180
 28. Azevedo VMD. Technological determinants of health: a proposal for the health-technology relationship in the context of the COVID-19 pandemic. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2025;35(4):e350402. doi:10.1590/s0103-73312025350402en
 29. New data: noncommunicable diseases cause 1.8 million avoidable deaths and cost US\$ 514 billion every year, reveals new WHO/Europe report [Internet]. [cited 2026 Apr 4]. Available from: <https://www.who.int/europe/news/item/27-06-2025-new-data--noncommunicable-diseases-cause-1-8-million...>
 30. Hacker K. The Burden of Chronic Disease. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. 2024 Jan 20;8(1):112–9. doi:10.1016/j.mayocpiqo.2023.08.005 PubMed PMID: 38304166; PubMed Central PMCID: PMC10830426.
 31. Gusmano MK. Power, politics, and health spending priorities. *Virtual Mentor VM*. 2012 Nov 1;14(11):885–9. doi:10.1001/virtualmentor.2012.14.11.msoc1-1211 PubMed PMID: 23351903.
 32. World Health Organization Regional Office for Europe. New data: noncommunicable diseases cause 1.8 million avoidable deaths and cost US\$ 514 billion every year, reveals new WHO/Europe report [Press release] [Internet]. World Health Organization Regional Office for Europe; 2025 [cited 2026 Apr 5]. Available from: <https://www.who.int/europe/news/item/27-06-2025-new-data-noncommunicable-diseases-cause-1.8-million-...>
 33. The European House - Ambrosetti. The Value of Prevention for Economic Growth and the Sustainability of Healthcare, Social Care and Welfare Systems [Internet]. Italy: The European House - Ambrosetti S.p.A.; 2024 Sep. Available from: <https://www.vaccineurope.eu/media-hub/publications/the-value-of-prevention-for-economic-growth-and...>
 34. Masters R, Anwar E, Collins B, Cookson R, Capewell S. Return on investment of public health interventions: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2017 Aug;71(8):827–34. doi:10.1136/jech-2016-208141
 35. Adeyemo J. Clinical Burden of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. *Int J Sci Technol*. 2025 Dec 31;16(4):9948. doi:10.71097/IJSAT.v16.i4.9948
 36. Fang FC, Casadevall A. Reductionistic and Holistic Science. *Infect Immun*. 2011 Apr;79(4):1401–4. doi:10.1128/IAI.01343-10 PubMed PMID: 21321076; PubMed Central PMCID: PMC3067528.
 37. Sturmberg JP. Health and Disease Are Dynamic Complex-Adaptive States Implications for Practice and Research. *Front Psychiatry*. 2021 Mar 29;12:595124. doi:10.3389/fpsy.2021.595124
 38. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Ann Fam Med*. 2004 Nov;2(6):576–82. doi:10.1370/afm.245 PubMed PMID: 15576544; PubMed Central PMCID: PMC1466742.

39. Minich DM, Bland JS. Personalized Lifestyle Medicine: Relevance for Nutrition and Lifestyle Recommendations. *Sci World J.* 2013;2013(1):129841. doi:10.1155/2013/129841
40. Rippe JM. Lifestyle Medicine: The Health Promoting Power of Daily Habits and Practices. *Am J Lifestyle Med.* 2018 Jul 20;12(6):499–512. doi:10.1177/1559827618785554 PubMed PMID: 30783405; PubMed Central PMCID: PMC6367881.
41. Ali A, Katz DL. Disease Prevention and Health Promotion. *Am J Prev Med.* 2015 Nov;49(5 0 3):S230–40. doi:10.1016/j.amepre.2015.07.019 PubMed PMID: 26477898; PubMed Central PMCID: PMC4615581.
42. Wong YMA, Ahn S, Bana A, Dua PK, Eggers R, Kuruvilla S, et al. Policy implications of WHO's Global traditional medicine strategy 2025–2034. *Bull World Health Organ.* 2025 Nov 1;103(11):715–21. doi:10.2471/BLT.25.293414 PubMed PMID: 41180270; PubMed Central PMCID: PMC12578523.
43. World Health Organization. Global traditional medicine strategy 2025–2034. Geneva: World Health Organization; 2025 Oct. Report nos.: 978-92-4-011317–6.
44. Adel Mehraban MS, Mosallanejad A, Mohammadi M, Tabatabaei Malazy O, Larijani B. Navigating ethical dilemmas in complementary and alternative medicine: a narrative review. *J Med Ethics Hist Med.* 2024 Apr 27;17:3. doi:10.18502/jmehm.v17i3.15391 PubMed PMID: 38993999; PubMed Central PMCID: PMC11234793.

Значение социокультурных и философских концепций в развитии традиционной китайской медицины на примере разбора "Великого учения" и его отражения в классических медицинских текстах

Денис Аланов⁴(Красноярск)

Аннотация

В данной статье приводится изучение «Великого учения» (大學), его философских и социокультурных концепций и понятий в рамках влияния на формирование Традиционной китайской медицины. Для объяснения переноса понятий из философии в медицину взят за основу текст «Хуан Ди Нэй Цзин» ("Внутренний Канон Жёлтого Владыки"), как базовый, классический древнекитайский медицинский трактат.

В статье показано, что медицина Древнего Китая сформировалась в рамках философских, этических и культурных идей, существовавших в эпоху «ста философских школ», а для перевода древних медицинских текстов необходимо составление словаря на основе классических текстов той же эпохи.

Ключевые слова:

Великое учение, традиционная китайская медицина, Хуан Ди Нэй Цзин, Внутренний Канон Желтого Владыки, философия, лечение, управление государством.

The Role of Sociocultural and Philosophical Concepts in the Development of Traditional Chinese Medicine: A Study of "The Great Learning" and Its Reflection in Classical Medical Texts

Abstract

This article provides a study of the "Great Learning" (大學), its philosophical and socio-cultural concepts and notions in the context of its influence on the formation of Traditional Chinese Medicine. To explain the transfer of concepts from philosophy to medicine, the text "Huang Di Nei Jing" ("Inner Canon of the Yellow Emperor") was taken as a basis, as a basic, classical ancient Chinese medical treatise.

The article shows that the medicine of Ancient China was formed within the framework of philosophical, ethical and cultural ideas that existed during the era of the "hundred philosophical schools", and that in order to translate ancient medical texts it is necessary to compile a dictionary based on classical texts of the same era.

Keywords:

Great Learning, Traditional Chinese Medicine, Huang Di Neijing, Inner Canon of the Yellow Emperor, philosophy, treatment, governance.

Введение

Медицина любой эпохи и человеческого сообщества не может существовать и формироваться в отрыве от социокультурного и философского аспектов этого сообщества. Традиционная китайская медицина не является исключением из этого правила. Она

формировалась в 6-3 веках до н.э. и основывалась на учениях «ста медицинских школ», заимствовала многие знания и концепции конфуцианства, леггизма, диалектики, даосизма и других. Многие считают, что классические китайские медицинские тексты такие, как «Хуан Ди Нэй Цзин» ("Внутренний Канон Жёлтого Владыки") имеют чисто даосскую основу, но, увы, это не так. Классические

⁴ [врач-невролог, врач-рефлексотерапевт,
г. Красноярск, ООО УНПФ «Безлекарственная медицина»](#)

китайские медицинские тексты основаны на концепциях различных школ, но написаны в форме «Хуанлаоизма» в угоду политического устройства в период написания текстов.

В данной статье разбирается конфуцианский текст «Великого учения» (大學) и как его концепции использованы во «Внутреннем Каноне Жёлтого Владыки».

Материалы для изучения

Для изучения, перевода "Великого учения" взят оцифрованный вариант оригинального текста на древнекитайском языке[6]. Перевод на русский язык полностью выполнен автором данной статьи.

Для сопоставления с «Хуан Ди Нэй Цзин» взят оцифрованный вариант оригинального текста на древнекитайском языке[7]. В настоящее время единственным научным изданием перевода «Хуан Ди Нэй Цзин» с древнекитайского языка на русский язык является 7-томное издание «Внутренний Канон Желтого Владыки» Д. Аланова, поэтому в статье использованы цитаты только из этого перевода.

§ 1

Оригинал

大學之道，在明明德，在親民，在止於至善。知止而后有定，定而后能靜，靜而后能安，安而后能慮，慮而后能得。

物有本末，事有終始，知所先後，則近道矣。

Перевод

"Великое учение" учит тому, как продемонстрировать выдающуюся добродетель, обновлять людей и находиться в достижении высшего совершенства. Когда известно, где остановиться, определяется стабильность порядка; и, определив её, можно достичь спокойной невозмутимости. За этим спокойствием последует безмятежный покой. В этом покое возможно тщательное размышление, а за этим размышлением последует достижение желаемой цели. У вещей есть свои корни и ветви.

У дел есть свои начало и конец. Знание того, что первично, а что – нет, приблизит к тому, чему учит "Великое Учение".

Комментарий

Итак, в первом же параграфе речь идёт о понятиях 德 – добродетели, 至善 –

достижения «добра» или высшего совершенства, а для этого предлагает процесс 親 – обновления человека.

В последующем идёт объяснение порядка самообновления. А для этого нужно 知 止 знать как сделать остановку, понять свою позицию. За пониманием своего положения следует 定 приход к упорядоченному, устойчивому состоянию. Из устойчивого, стабильного положения появляется способность к 靜 спокойствию, из состояния спокойствия возникает способность прийти к 安 безмятежному покою. А уже из состояния покоя следует 慮 размышление с расчётом на перспективу. А уже продумывание с перспективой позволяет человеку 得 достичь желаемого результата.

Что интересно, понятия: 知 понимание, знание, 止 остановка, состояние, 定 стабильное состояние, 靜 спокойствие, 安 покой, 慮 обдумывание, расчёт, 得 приобретение - многократно используются в тексте "Внутреннего Канона Желтого Владыки". И, как мы видим, их значения заимствуются из "Великого учения".

Но это, по сути, инструкция по действиям как самого врача, так и пациента. Чтобы понять своё состояние, нужно остановиться, болезнь для того и возникает, чтобы человек остановился, успокоился, обдумал себя, свою жизнь, и, поняв причины, корень своих проблем, смог их устранить и прийти к упорядоченному, сбалансированному состоянию.

Также и врач, когда производит осмотр, общается с пациентом, прежде всего, останавливает свои мысли, себя, упорядочивает себя, и из спокойного, беспристрастного состояния обдумывает, почему возникли проблемы у пациента, а затем на основании этого лечит и получает результат.

Следующее предложение сразу перефразирую с позиции медицины.

Все вещи, в том числе болезни человека, имеют корень (причину) и вершину (симптомы). Любой патологический процесс имеет начало и конец, и важно понять что первично, а что являлось следствием, тогда можно приблизиться к пониманию проблем пациента, для их излечения.

Таким образом, уже в самом начале понятия "Великого учения" оказываются основой для понимания классической китайской медицины.

Оригинал

古之欲明明德於天下者，先治其國；欲治其國者，先齊其家；欲齊其家者，先修其身；欲修其身者，先正其心；欲正其心者，先誠其意；欲誠其意者，先致其知，致知在格物。物格而後知至，知至而後意誠，意誠而後心正，心正而後身修，身修而後家齊，家齊而後國治，國治而後天下平。

自天子以至於庶人，壹是皆以修身為本。

其本亂而末治者否矣，其所厚者薄，而其所薄者厚，未之有也！

此謂知本，此謂知之至也。

Перевод

Древние, желавшие продемонстрировать выдающуюся добродетель во всей Поднебесной, прежде всего приводили в порядок свои государства. Желая приводить в порядок свои государства, они прежде всего выправляли свои семьи. Желая выправить свои семьи, они прежде всего упорядочивали свои личности. Желая упорядочить свои личности, они прежде всего выпрямляли свои сердца. Желая выправить свои сердца, они прежде всего стремились к искренности в своих мыслях. Желая быть искренними в своих мыслях, они прежде всего расширяли свои знания до предела. Такое расширение знаний заключалось в постижении сущности всех вещей. Когда сущность вещей постигнута, знание становится предельно полным. Их знание становилось полным, то их мысли искренними. Когда их мысли искренние, то их сердца выпрямлялись. Когда их сердца выпрямлялись, их личности и тела упорядочивались. Когда их личности упорядочивались, их семьи выправлялись. Когда их семьи выправлялись, их государства правильно управлялись. Когда их государства правильно управлялись, вся Поднебесная становилась спокойной и счастливой.

От Сына Неба до простолюдина, все должны считать упорядочивание личности основной (корнем) всего сущего.

Не может быть, чтобы, если основа (корень) в беспорядке, то, что должно из него вырасти, будет упорядоченным. Никогда не было такого, чтобы о том, что имело большое значение, заботились мало, а о том, что было маловажным, заботились очень много!

Это означает знать основу (корень), это означает знать его пределы.

Комментарий

Итак, разберём понятия этого параграфа "Великого учения", и как они используются в медицине.

Начнём по порядку:

1. «治其國 Управлять (приводить в порядок) своим государством». В медицинских текстах 治 лечение, приведение в порядок пациента. В некоторых главах "Внутреннего Канона Жёлтого Владыки" пациент сравнивается с государством.

2. «齊其家 Выправлять (выравнивать) свои семьи». В ряде глав "Внутреннего Канона Жёлтого Владыки" 齊 имеет значение пупок, семья имеет также отношение к наследственной ци. В качестве примера выдержка из главы 29 части «Механика Духа»[5, с. 170]: «治國與治家，未有逆而能治之也 Управление государством с управлением семьёй не имеют противоположного движения, то способны управлять ими».

3. «修其身 Упорядочивать своё тело (личность)». Здесь 修 – совершенствовать, исправлять, в медицине 身 имеет значение тела человека, то есть его физической оболочки. Как пример использования в главе 72 части «Простые Вопросы» "Внутреннего Канона Жёлтого Владыки" [3, с. 279]: «亦法有修真之道，非治疾也 Также иметь принцип возвращения совершенного Дао, не лечить болезнь».

4. «正其心 Выпрямлять своё сердце». Один из часто встречаемых иероглифов 正 выпрямлять, прямой, его основное сочетание в медицине 正氣 – прямая (истинная) ци. 心 – сердце, но также ум и эмоции человека, орган цзан, связанный с психикой человека, духом 神.

5. «誠其意 Быть искренним в своих мыслях». 意 – мышление, логика, психоэмоциональный аспект связанные с селезёнкой.

6. «致其知 Направлять своё понимание (знание)». 致 – направлять, проводить, пример использования в "Внутреннем Каноне Жёлтого Владыки": «致其氣 - проводить его ци».

Получаем порядок управления человека: государство – семья – тело (личность) – сердце (ум, эмоции) – мышление – понимание (знание). В результате такого

упорядочивания человек получает следующие результаты:

1. «格物 Постижение сути вещей». В медицине **格** имеет значение ограничивать, поставить в рамки. То есть, постигнув суть вещей и свою суть, понимаешь свои ограничения и рамки, в которых можешь действовать.

2. «知至 Предельно полное знание (понимание)». **知** – имеет двойной значение знать и понимать, то есть человек не просто знает что-то, но он понимает это сам. Можно же заучить какой-то текст наизусть, знать его, но не понимать его сути.

3. «意誠 Мысли искренние, действительные». Искренность именно собственного мышления, то есть без всякого самообмана. А именно понимать что действительно, реально, не выдавать желаемое за действительное.

4. «心正 Сердце (ум, эмоции) выпрямленное». То есть иметь правильный строй психики.

5. «身修 Личность (тело) упорядоченное». То есть нужно заниматься не только своим умом, но и телом, чтобы оно помогало, а не ограничивало человека в его действиях.

6. «家齊 Семья выправленная». Сюда также относится понимание своего положения в семье, понимание других членов семьи и как с ними правильно взаимодействовать.

7. «國治 Государство приведено в порядок». То есть сам человек, управляя собой, правильно выстраивает свои социальные взаимодействия.

8. «天下平 Поднебесная выравнена, сбалансирована. Но и сам человек в рамках взаимодействия с окружающим миром сбалансирован.

Это то, чего и добивается высший врач (мастер), управляя состоянием пациента, приводя его к сбалансированному состоянию.

То есть "Великое учение" нам говорит, что нужно не «изгонять духов болезни», а совершенствовать самого человека, начиная с уровней мыслей и понимания сути вещей и заканчивая его социальным поведением. Именно это обеспечивает его физическое и психическое здоровье.

§ 3

Оригинал

所謂誠其意者，毋自欺也，如惡惡臭，如好好色，此之謂自謙，故君子必慎其獨也

！小人閑居為不善，無所不至，見君子而後厭然，掩其不善，而著其善。

人之視己，如見其肺肝然，則何益矣！此謂誠於中，形於外，故君子必慎其獨也。

曾子曰：「十目所視，十手所指，其嚴乎！」富潤屋，德潤身，心廣體胖，故君子必誠其意。

Перевод

Под «сделать мысли искренними» подразумевается не допускать самообмана, как, например, когда мы ненавидим дурные запахи или любим красивые цвета. Это называется держаться скромно. Поэтому благородный человек должен быть осторожным, когда он один. Нет такого зла, к которому не склонился бы мелкий человек, живущий в уединении, но, увидев благородного человека, он тут же пытается замаскироваться, скрывая своё зло и выставляя напоказ добро.

Другой смотрит на него, словно видит его помыслы; какая польза от его маскировки? Это пример поговорки: «То, что истинно внутри, проявится снаружи». Поэтому благородный человек должен быть осторожен, когда он один.

Ученик [Конфуция] Цзэн сказал: «То, на что смотрят десять глаз, на что указывают десять рук, заслуживает благоговения!» Богатство украшает дом, а добродетель украшает человека. Если на душе спокойно, то и тело здорово. Поэтому благородный человек должен сделать свои мысли искренними.

Комментарий

1. «誠其意 Делать свои мысли искренними». Более подробное разъяснение одного из положений предыдущего параграфа "Великого Учения".

2. «欺 – обманывать». Глава 25 «Простых Вопросов» "Внутреннего Канона Желтого Владыки" [2, с. 192]: «知十二節之理者，聖智不能欺也. Знает упорядочивание двенадцати сочленений, совершенной мудрости достаточно, чтобы не быть обманутым (т.е. обладает достаточным знанием о физиологии, чтобы понять все сложные проблемы патологии)».

3. «臭 и 色 – запахи и цвета». Дурной запах от человека говорит о наличии болезни, красивый цвет лица показатель здорового состояния органов цзан-фу.

4. «君子 Благородный человек». Во "Внутреннем Каноне Желтого Владыки" это понятие используется в качестве примера для

подражания. Глава 17 части «Простые Вопросы»[2, с. 66]: «冬日在骨, 蟄蟲周密, 君子居室。 Зимой находится в костях, как животные в зимней спячке, закрытые со всех сторон, или как благородный человек проживает в комнате, не выходя из неё.

故曰: 知內者按而紀之, 知外者終而始之。此六者, 持脈之大法。

Поэтому сказано: чтобы узнать внутреннее (органы цзан-фу) – пальпировать пульс и по законам определять его состояние; чтобы узнать внешнее (каналы) – уточнить начало и становление болезни. Эти шесть пунктов (весна, лето, осень, зима, внутренняя часть и внешняя часть) – основные правила исследования пульсов».

Глава 71 части «Простые Вопросы»[3, с. 178]: «民避寒邪, 君子周密。 Народ прячется от извращённого холода, благородные люди живут в закрытых местах».

Как мы видим во "Внутреннем Каноне Желтого Владыки" 君子- благородный человек также проживает один, закрывается. В-первых, 君子 их мало, поэтому они оказываются одиночками. Во-вторых, 君子 это целостная личность, и они не испытывают дискомфорта от одинокого проживания.

5. Противопоставляемое君子 понятие 小人 – мелкий, низкий человек не используется в тексте "Внутреннего Канона Желтого Владыки".

6. «此謂誠於中, 形於外 То, что означает истинное внутри, проявляется снаружи». В медицине мы не можем напрямую увидеть состояние внутренних органов, но мы можем определить их состояние снаружи по пульсу, цвету лица, неприятному запаху. Во "Внутреннем Каноне Желтого Владыки" части «Механика Духа» глава 45 называется «外揣 - Внешнее прощупывание». Где основная идея – это отклик внутреннего состояния во внешнем[5, с. 326]: «五音不彰, 五色不明, 五臟波蕩, 若是則內外相襲, 若鼓之應桴, 響之應聲, 影之似形。故遠者, 司外揣內, 近者, 司內揣外, 是謂陰陽之極, 天地之蓋, Пять звуков неясные, пять цветов неяркие, пять органов цзан взволнованные, подобно этому, тогда внутреннее и внешнее атакуют друг друга, подобно отклику барабана палочкам, отклика отзвука звуку, уподобление тени форме. Поэтому отдалённое управляет внешним, прощупывать внутреннее, близкое управляет

внутренним, прощупывать внешнее, это означает предел инь и ян, покрытие Неба и Земли».

7. «心廣體胖 Если на душе спокойно, то и тело здорово». Сопоставление психоэмоционального и физического состояния человека также является одной из концепций классики китайской медицины. Глава 8 части «Механика Духа» «本神 – Корень духа» описывает психические процессы и их нарушения, сопоставляя с состоянием органов цзан-фу.

Таким образом, мы имеем перенос философских концепций в медицину и их развитие в медицине для понимания процессов, происходящих в организме человека и его взаимодействия с окружающим миром.

§ 4

Оригинал

《詩》云: 「瞻彼淇澳, 菉竹猗猗。有斐君子, 如切如磋, 如琢如磨。瑟兮僖兮, 赫兮喧兮。有斐君子, 終不可諠兮! 」 「如切如磋」者, 道學也; 「如琢如磨」者, 自修也; 「瑟兮僖兮」者, 恂慄也; 「赫兮喧兮」者, 威儀也; 「有斐君子, 終不可諠兮」者, 道盛德至善, 民之不能忘也。

《詩》云: 「於戲前王不忘! 」君子賢其賢而親其親, 小人樂其樂而利其利, 此以沒世不忘也。

Перевод

В «Книге Поэм» сказано: «Посмотрите на извилистый путь реки Ци с пышным зелёным бамбуком! Вот наш изящный и искусный принц! Как мы рубим, а затем шлифуем; как мы обтёсываем, а затем полируем: так он совершенствовался. Как он степенен и достоин! Как величественен и благороден! Нашего изящного и благородного принца невозможно забыть». Это выражение – «Как мы рубим, а затем шлифуем» – работа по обучению. «Как мы обтёсываем, а затем полируем» – указывает на самосовершенствование. «Как он степенен и благороден!» – выражает чувство осторожного почтения. «Как величественен и благороден!» – указывает на внушающую благоговение осанку. «Наш изящный и благородный принц никогда не будет забыт» – показывает, как, когда добродетель совершенна, а совершенство – предельно, люди не могут забыть их.

В «Книге Поэм» сказано: «Ах! Прежние правители не забыты». Благородные люди

считают достойным то, что считали достойным, и любят то, что любили. Мелкие люди радуются тому, что радовало их, и получают выгоду от их благотворных установлений. Именно поэтому прежние правители, покинувшие мир, не забыты.

Комментарий

В этом параграфе несколько мыслей, которые использовались и используются в медицине по сей день,

1. «「如切如磋」者，道學也 «Как мы рубим, а затем шлифуем» – работа по обучению» В медицине 切 имеет значение исследовать пульс. И тогда получается, что сначала исследуем, диагностируем, потом лечим. Это основа медицинского учения.

2. «「如琢如磨」者，自修也 «Как мы обтёсываем, а затем полируем» – указывает на самосовершенствование». Для медицины эту идею можно перефразировать так: лечим, а затем контролируем результат – это путь саморазвития врача.

3. «君子賢其賢而親其親» Благородные люди считают достойным то, что считали достойным, и любят то, что любили». Если метод лечения работает, то нужно понимать принцип его работы и использовать его, не отвергая как устаревший, не забывая о нём. Брать из прошлого все хорошие наработки.

Таким образом, имеем следующий перенос философских концепций в медицину: сначала диагностика, потом лечение – основа медицинского учения. Лечение, затем контроль результата – путь развития врача. Если медицинская методика показала себя эффективной, то нужно её использовать, не отвергать как устаревшую.

§ 5

Оригинал

《康誥》曰：「克明德。」《太甲》曰：「顧諟天之明命。」《帝典》曰：「克明峻德。」皆自明也。

Перевод

В «Обращении к Кану» говорится: «Он смог прославить свою добродетель». В «Тай-цзя» говорится: «Он размышлял и изучал славные указы Небес». В «Каноне императора (Яо)» говорится: «Он смог прославить свою высокую добродетель». Все эти отрывки показывают, как эти государи прославляли себя.

Комментарий

В этом параграфе 明 используется в значении прославлять. Но 明 также имеет значения ясный, светлый, прояснять. Врач при диагностике должен прояснять для самого себя состояние пациента. Так как если врачу не ясно, что с пациентом, то он не сможет правильно лечить. Об этом и говорится «皆自明也». Эти государи прославляли себя», то есть проясняли свою добродетель для себя, тем самым прославлялись.

§ 6

Оригинал

湯之盤銘曰：「苟日新・日日新・又日新。」《康誥》曰：「作新民。」《詩》曰：「周雖舊邦・其命惟新。」是故君子無所不用其極。

Перевод

На купальном ковше Тан были выгравированы следующие слова: «Если вы можете однажды обновить себя, делайте это изо дня в день. Да, пусть обновление будет ежедневным». В «Обращении к Кану» сказано: «Чтобы пробудить новых людей». В «Книге Поэм» сказано: «Хотя Чжоу было древним государством, закон, ниспосланный ему, был новым». Поэтому благородный человек не останавливается ни перед чем.

Комментарий

Этот параграф даёт нам следующие идеи, используемые в медицине:

1. «苟日新・日日新・又日新». Если вы можете однажды обновить себя, делайте это изо дня в день. Да, пусть обновление будет ежедневным». В медицине это проявляется тем, что воздействие, чтобы закрепился эффект нужно повторять несколько раз. Так в главе 6 части «Механика Духа» сказано[4, с. 175]: «病九日者，三刺而已；病一月者，十刺而已. Болезнь девять дней – три укалывания и прекращать; болезнь один месяц – десять укалываний и прекращать».

2. «作新民» Чтобы пробудить новых людей». При лечении мы пробуждаем внутренние резервы организма, правильную ци, чтобы она справлялась с неправильной ци.

3. «是故君子無所不用其極» Поэтому благородный человек не останавливаться ни перед чем». При лечении нужно использовать

все доступные средства, их сочетания для получения результата.

Таким образом, из "Великого учения" в медицину перешло понимание, что для обновления работы организма нужно не однократное воздействие, а многократное повторение воздействий в виде курса лечения.

§ 7

Оригинал

子曰：「聽訟，吾猶人也，必也使無訟乎！」無情者不得盡其辭，大畏民志。此謂知本。

Перевод

Учитель сказал: «В слушании судебных дел я ничем не отличаюсь от других. Необходимо лишь, чтобы у людей не было судебных дел». Поэтому те, кто лишён принципов, не могут донести свои речи до людей, и в чаяниях народа воцаряется большой страх; это и называется пониманием основы.

Комментарий

Этот параграф даёт нам важный принцип для работы врача, который при проведении диагностики становится в чем-то подобен судье.

А принцип заключается в том, что не нужно быть судьёй, как многие люди любят судить о чем-то по своим личным принципам, чувствам. Нужно уходить от личного и проводить диагностику пациента без личного, эгоистичного компонента, абстрагироваться от личных чувств, то есть проводить оценку пациента, используя объективные, общедоступные и понятные критерии.

Например, в классической китайской медицине к таким объективным критериям относится «количественный анализ пульса» согласно 5-й трудности «Нань Цзин» – «Канона Трудностей».

§ 8

Оригинал

所謂修身在正其心者：身有所忿懣，則不得其正；有所恐懼，則不得其正；有所好樂，則不得其正；有所憂患，則不得其正。

心不在焉，視而不見，聽而不聞，食而不知其味。此謂修身在正其心。

Перевод

Что означает фраза «Упорядочивание личности (тела) зависит от выпрямления

ума», можно проиллюстрировать следующим образом: если человек находится под влиянием гнева, ярости, тогда не получит выпрямление [ума]. То же самое будет и под влиянием страха, нежной привязанности, печали и горя. (Дословный перевод: «Есть страх, не получит выпрямление его ума, есть нежная привязанность, не получит выпрямление ума, есть печаль и горе, не получит выпрямление его ума»).

Когда ума нет, мы смотрим, но не видим; мы слышим, но не слушаем; мы едим, но не чувствуем вкуса еды. Вот что подразумевается под фразой «упорядочивание личности (тела) зависит от выпрямления ума».

Комментарий

Этот параграф объясняет нам взаимосвязь психики и тела.

Влияние эмоций на общее психоэмоциональное состояние и возможность правильного восприятия окружающего мира, объясняет разницу между ощущениями и восприятием. Мы можем видеть, но не воспринимать то, что видим, аналогично со слуховыми, обонятельными, тактильными ощущениями и восприятием их.

При отсутствии правильного функционирования нашего ума, упорядочить тело и личность невозможно, так как мы не сможем адекватно реагировать на раздражители окружающего нас мира.

А это важно в медицине: правильно и, абстрагируясь от эмоций, воспринимать пациента, его состояние, чтобы затем правильно провести лечение.

Психические аспекты человека подробно разбираются в главе 8 части «Механика Духа» "Внутреннего Канона Жёлтого Владыки" [4, с. 211]: 所以任物者謂之心；心有所憶謂之意；意之所存謂之志；因志而存變謂之思；因思而遠慕謂之慮；因慮而處物謂之智。то, что несёт вещи, - называется умом; ум имеет место размышления, означает мышление; обеспечение (удержание) размышлений – означает волю; следование воли и обеспечение изменений – означает продумывание; следование продумыванию и дальним устремлениям – означает предвидение; следование предвидению и положению вещей – называется мудрость.

故智者之養生也，必順四時而適寒暑，和喜怒而安居處，節陰陽而調剛柔。如是，則僻邪不至，長生久視。

Поэтому мудрость поддержания жизни: обязательно следовать четырём сезонам и соответствовать холоду и летней жаре, гармонизировать радость и гнев и устраивать место жительства, удерживать в норме инь и ян и сбалансировать твёрдость и мягкость. Подобно этому, тогда неправильное, извращённое не прибывает. Есть долголетие и нет старения».

В этой выдержке представлено дальнейшее медицинское развитие идеи: «упорядочивание личности [и тела] (здоровья) посредством выпрямления ума».

§ 9

Оригинал

所謂齊其家在修其身者：人之其所親愛而辟焉，之其所賤惡而辟焉，之其所畏敬而辟焉，之其所哀矜而辟焉，之其所教惰而辟焉。故好而知其惡，惡而知其美者，天下鮮矣！故諺有之曰：「人莫知其子之惡，莫知其苗之碩。」此謂身不修不可以齊其家。

Перевод

Что означает выражение «Выправление семьи зависит от упорядочивания личности [и тела]»: люди пристрастны там, где испытывают привязанность и любовь; пристрастны там, где презирают и не любят; пристрастны там, где испытывают благоговейный ужас; пристрастны там, где испытывают скорбь и сострадание; пристрастны там, где проявляют высокомерие и грубость. Поэтому в мире мало людей, которые любят и в то же время знают дурные качества объекта своей любви, или ненавидят и при этом знают достоинства объекта своей ненависти. Поэтому в народной поговорке говорится: «Человек не знает порочности своего сына, он не знает изобилия своего зерна». Именно это подразумевается под фразой: если личность не воспитана, то не может выправлять свою семью.

Комментарий

Этот параграф продолжает описание состояние человека исходя из его эмоционального фона. При этом человек как личность связан ещё с семьёй, имеет внутрисемейные взаимосвязи. В китайской медицине объясняется про передачу физического и психического состояния от родителей к ребёнку.

В главе 8 части «Механика Духа» "Внутреннего Канона Жёлтого Владыки" сказано[4, с. 210]: «岐伯答曰：天之在我者德也，地之在

我者氣也。德流氣薄而生者也。故生之來謂之精；兩精相搏謂之神；隨神往來者謂之魂；

Ци Бо ответил: «Нахождение Неба во мне – добродетель, нахождение Земли во мне – ци. Когда добродетель вытекает и ци истончается, то рождение. Поэтому появление жизни называется эссенцией. Когда две эссенции борются друг с другом – это называется духом; следование за приходом и уходом духа – называется ян души (эфирной душой); объединение эссенции и выхода и входа – называется инь души (животной душой)».

В главе 30 части «Механика Духа» "Внутреннего Канона Жёлтого Владыки" сказано [5, с. 180]: 岐伯曰：兩神相搏，合而成形，常先身生，是謂精。

Ци Бо ответил: «Два духа борются друг с другом, соединяются и становятся формой, то, что появляется прежде рождения тела, называется эссенция».

Согласно этим выдержкам, физические и духовные особенности детей напрямую взаимосвязаны с его родителями (семьёй). Любые нарушения со стороны внутрисемейных отношений, особенно между родителями, будут отражаться на детях. Но также и при упорядочивании одного из членов семьи уже отразиться положительно на семье в целом.

§ 10

Оригинал

所謂治國必先齊其家者，其家不可教而能教人者，無之。故君子不出家而成教於國：孝者，所以事君也；弟者，所以事長也；慈者，所以使眾也。

《康誥》曰：「如保赤子」，心誠求之，雖不中不遠矣。未有學養子而後嫁者也！

一家仁，一國興仁；一家讓，一國興讓；一人貪戾，一國作亂。其機如此。

此謂一言僨事，一人定國。

堯、舜率天下以仁，而民從之；桀、紂率天下以暴，而民從之。

其所令反其所好，而民不從。

是故君子有諸己而後求諸人，無諸己而後非諸人。

所藏乎身不恕，而能喻諸人者，未之有也。故治國在齊其家。

《詩》云：「桃之夭夭，其葉蓁蓁；之子于歸，宜其家人。」宜其家人，而後可以教國人。

《詩》云：「宜兄宜弟。」宜兄宜弟，而後可以教國人。

《詩》云：「其儀不忒，正是四國。」其為父子兄弟足法，而後民法之也。

此謂治國在齊其家。

Перевод

Выражение «Чтобы правильно управлять государством, необходимо прежде всего выправить семью» означает следующее: невозможно учить других, не будучи способным научить свою семью. Поэтому правитель, не выходя за рамки своей семьи, доводит уроки до конца для государства. Есть сыновняя почтительность – ею следует служить государю. Есть братское послушание – ею следует служить старшим и высшим. Есть доброта – ею следует обращаться с народом.

В «Обращении к Кану» сказано: «Поступайте так, как будто вы заботитесь о младенце». Если мать действительно заботится об этом, то, возможно, она не совсем точно удовлетворяет потребности своего младенца, но она будет близка к этому. Ещё не было девушки, которая научилась бы воспитывать ребёнка, чтобы впоследствии выйти замуж.

От любящего примера одной семьи всё государство становится любящим, а от её учтивости всё государство становится учтивым, в то время как амбиции и порочность одного человека могут привести всё государство к мятежному беспорядку – такова природа этого влияния.

Это подтверждает поговорку: «Дела могут быть разрушены одним предложением; государство может быть устроено одним человеком».

Яо и Шунь правили государством с благосклонностью, и народ следовал за ними. Цзе и Чау правили государством с насилием, и народ следовал за ними.

Приказы, которые они издавали, противоречили обычаям, которые они любили, и поэтому народ им не следовал.

Поэтому правитель должен сам обладать хорошими качествами, и тогда он может требовать их от народа. Он должен не иметь плохих качеств в себе, и тогда он может требовать, чтобы их не было у народа.

Никогда не было человека, который, не обращая внимания на свой характер и желания в отношениях с другими, был бы способен эффективно наставлять их. Итак, мы видим,

как управление государством зависит от порядка в семье.

В «Книге Поэм» сказано: «Это персиковое дерево, такое нежное и изящное! Как пышна его листва! Эта девушка идёт в дом своего мужа. Она правильно наведёт порядок в своём доме». Пусть дом будет правильно наведён, и тогда народ государства будет научен.

В «Книге Поэм» сказано: «Они могут исполнять свои обязанности по отношению к старшим братьям. Они могут исполнять свои обязанности по отношению к младшим братьям». Пусть правитель исполняет свои обязанности по отношению к старшим и младшим братьям, и тогда он может научить народ государства.

В «Книге Поэм» сказано: «В его поведении нет ничего дурного; он исправляет всех людей государства». Да, когда правитель, как отец, сын и брат, является образцом, то народ подражает ему.

Именно это и означает выражение: «Управление его государством зависит от того, как он выправляет семью»

Комментарий

Этот параграф представляет следующие идеи:

1. «其家不可教而能教人者，無之。Невозможно учить других, не будучи способным научить свою семью».

В медицине врач не сможет сбалансировать других людей, не будучи сбалансированным самому. Об этом говорится в том числе в главе 25 части «Простые Вопросы» "Внутреннего Канона Жёлтого Владыки" [2, с. 194]: 帝曰：願聞其道。

«Владыка спросил: «Хотел бы услышать Дао иглоукалывания».

岐伯曰：凡刺之真，必先治神，五藏已定，九候已備，後乃存鍼，

Ци Бо ответил: «Истина всего иглоукалывания, прежде всего, в упорядочивании духа, установлении состояния пяти органов цзан, исследовании пульсов девяти положений, затем определении методов укалывания».

Обращаю внимание, что в тексте речь идёт, в том числе об упорядочивании духа врача и стабилизации состояния его внутренних органов.

2. «未有學養子而後嫁者也！Ещё не было девушки, которая научилась бы воспитывать ребёнка, чтобы впоследствии выйти замуж».

Здесь речь о порядке действий, в медицине это проявляется следующим образом: невозможно провести правильно акупунктуру, не проведя акупунктурную пульсовую диагностику, также невозможно, не проведя первый этап балансировки каналов, сразу перейти к другому.

3. «此謂一言僨事，一人定國。Это подтверждает поговорку: «Дела могут быть разрушены одним предложением; государство может быть устроено одним человеком».

В китайской медицине взаимодействие органов и каналов у человека сравнивают со взаимодействием различных чиновников в государстве. И при нарушении баланса в одном канале, возникает дисбаланс в каком-то другом канале. Но при балансировании каналов, воздействие производится так, чтобы происходила балансировка всех каналов в целом с учётом их избытков и недостатков.

Глава 8 части «Простые Вопросы» "Внутреннего Канона Жёлтого Владыки" гласит [1, с. 209]:

«凡此十二官者，不得相失也。故主明則下安，以此養生則壽，歿世不殆，以為天下則大昌。

Все эти двенадцать чинов – не могут терять друг друга. Поэтому, если правитель просветлённый, тогда нисходит спокойствие, таково поддержание жизни, тогда долголетие, до конца жизни нет опасности, правитель действует таким образом в Поднебесной, тогда большое процветание государства.

主不明則十二官危，使道閉塞而不通，形乃大傷，以此養生則殃，以為天下者，其宗大危，戒之戒之。

Если правитель непросветлённый, тогда двенадцать чинов подвергаются опасности, следование Дао закрывается, блокируется и не сообщается, форма [тела] тогда сильно повреждается, таково поддержание жизни, тогда причиняет вред, такое действие в Поднебесной, род правителя подвергается большой опасности, надо остерегаться этого, воздерживаться от этого».

4. «是故君子有諸己而後求諸人，無諸己而後非諸人。Поэтому правитель должен сам обладать хорошими качествами, и тогда он может требовать их от народа. Он должен не иметь плохих качеств в себе, и тогда он может требовать, чтобы их не было у народа».

Это продолжение мысли в китайской медицине, где врач способен сам себя

балансируют и быть примером для пациента. Производить лечение так, чтобы баланс восстанавливался и усиливался и у пациента и у самого врача.

5. «之子于歸，宜其家人。Эта девушка идёт в дом своего мужа. Она правильно наведёт порядок в своём доме».

Это переносится в медицину, как взаимодействие инь и ян

В главе 5 части «Простые Вопросы» "Внутреннего Канона Жёлтого Владыки" сказано [1, с. 93]:

«故積陽為天，積陰為地。陰靜陽躁，陽生陰長，陽殺陰藏。

Так накопления ян создают Небо, накопления инь создают Землю. Инь спокойная, ян действующий, ян рождает, инь возвращает, ян разрушает, инь сохраняет, ян превращается в ци, инь становится формой».

6. «《詩》云：「其儀不忒，正是四國。」В «Книге Поэм» сказано: «В его поведении нет ничего дурного; он исправляет всех людей государства».

Ещё раз продвижение идеи для медицины, что сбалансированный человек, врач, своим резонансом может балансировать других людей, делать их ци 正 правильной, прямой.

Таким образом, идеи моральных качеств правителя в медицине переходят в качества врача, 治 управление государством подобно 治 лечению пациента (обращаю внимание, что в обоих случаях в текстах применяется один и тот же иероглиф). Лечение имеет определённую последовательность, которой невозможно пренебречь, потому что это будет противоречить сути вещей. Отношения мужа и жены подобны соотношениями инь и ян.

§ 11

Оригинал

所謂平天下在治其國者：上老老而民興孝，上長長而民興弟，上恤孤而民不倍，是以君子有絜矩之道也。

所惡於上，毋以使下；所惡於下，毋以事上；所惡於前，毋以先後；所惡於後，毋以從前；所惡於右，毋以交於左；所惡於左，毋以交於右。此之謂絜矩之道。

《詩》云：「樂只君子，民之父母。」民之所好好之，民之所惡惡之，此之謂民之父母。

《詩》云：「節彼南山，維石巖巖。赫赫師尹，民具爾瞻。」有國者不可以不慎，辟則為天下戮矣。

Перевод

Что подразумевается под фразой: «Выравнивание Поднебесной зависит от управления государством», так это: когда государь обращается со своими стариками так, как подобает пожилым, народ становится сыновним; когда государь обращается со старшими так, как подобает старшим, народ учится братскому повиновению; когда государь сострадательно относится к молодым и беспомощным, народ делает то же самое. По этим причинам у правителя есть принцип, с помощью которого, как с измерительным угольником, он может регулировать своё поведение.

То, что человек не любит в своих начальниках, пусть он не проявляет в обращении с подчинёнными; то, что он не любит в подчинённых, пусть он не проявляет в службе своим начальникам; то, что он ненавидит в тех, кто перед ним, пусть он не опережает тех, кто позади него; то, что он ненавидит в тех, кто справа него, пусть он не оказывает слева; То, что он ненавидит получать слева, пусть не дарит справа: вот что называется «Принципом, которым, как угольником, следует руководствоваться в своих поступках».

В «Книге Поэм» сказано: «Как же достойны радости эти принцы, родители народа!» Когда принц любит то, что любит народ, и ненавидит то, что ненавидит народ, тогда он и есть тот, кого называют отцом народа.

В «Книге Поэм» сказано: «Велика та южная гора, с её суровыми скалами! Ты великий, о великий учитель Инь, весь народ смотрит на тебя с почтением». Правители государств не должны пренебрегать осмотрительностью. Если они склонятся к низкому эгоизму, они станут позором для Поднебесной.

Комментарий

Разбираем этот параграф "Великого учения" с позиции классики китайской медицины.

1. «是以君子有絜矩之道也。По этим причинам у правителя есть принцип, с помощью которого, как с измерительным угольником, он может регулировать своё поведение».

В главе 5 части «Простые Вопросы» "Внутреннего Канона Жёлтого Владыки" мы читаем [1, с. 136]: «善診者，察色按脈，先別陰陽；審清濁，而知部分；視喘息，聽音聲，而知所苦；觀權衡規矩，而知病所主。按

尺寸，觀浮沈滑澹，而知病所生；以治無過，以診則不失矣。

Искусный диагност разглядывает цвет лица, прощупывает пульс, сначала разделяет инь и ян, разбирает чистоту и мутность и узнает местоположение (болезни). Смотрит одышку и удушье, выслушивает тона и голос и узнает то, от чего страдает. Осматривает, соизмеряет, взвешивает норму и образец и узнает, где хозяин болезни; ощупывает чи и цунь, наблюдает плавающий, глубокий, скользкий и шероховатый (пульс) и узнает, где возникла болезнь для излечения. При лечении не имеет ошибок, посредством диагностики тогда нет упущений».

В главе 17 части «Простые Вопросы» "Внутреннего Канона Жёлтого Владыки" сказано[2, с. 65]: «四變之動，脈與之上下，以春應中規，夏應中矩，秋應中衡，冬應中權。Движения четырёх превращений отражаются в пульсах изменением в верхней и нижней частях: так, весне соответствует циркуль, лету соответствует угольник, осени соответствует стык весов, зиме соответствует противовес».

В главе 38 части «Механика Духа» "Внутреннего Канона Жёлтого Владыки" сказано[5, с. 235]: «故匠人不能釋尺寸而意短長，廢繩墨而起平水也，工人不能置規而為圓，去矩而為方。Поэтому мастер неспособен определить чи и цунь и предположить короткое и длинное, отвергнув мерило и уровень воды, ремесленник не способен, отложив циркуль, сделать круг, отказавшись от угольника, сделать квадрат».

Так в количественном анализе пульса (5-й трудности «Канона Трудностей») есть чёткое мерило для уровня пульса каждого органа в норме, если уровень пульса меняется, то это говорит о дисбалансе канальных сосудов.

2. «所惡於上，毋以使下；所惡於下，毋以事上... То, что человек не любит в своих начальниках, пусть он не проявляет в обращении с подчинёнными; то, что он не любит в подчинённых, пусть он не проявляет в службе своим начальникам...»

Данная часть текста предлагает сопоставление между верхом и низом, передом и задом, правым и левым. При количественном анализе пульса мы также сопоставляем 6 позиций пульса между собой.

3. «有國者不可以不慎，辟則為天下戮矣。Правители государств не должны

пренебрегать осмотрительностью. Если они склонятся к низкому эгоизму, они станут позором для Поднебесной».

В главе 25 части «Простые Вопросы» "Внутреннего Канона Жёлтого Владыки сказано" [2, с. 195-196]: «帝曰: 何如而虛, 何如而實».

Владыка спросил:

— Как лечить пустоту? Как лечить полноту?

歧伯曰: 刺虛者須其實, 刺實者須其虛, 經氣已至, 慎守勿失, 深淺在志, 遠近若一, 如臨深淵, 手如握虎, 神無營於眾物».

Ци Бо ответил:

— Укалывая пустоту, надо её наполнять, укалывая полноту, надо её опустошать. Ци каналов уже получена, осмотрительно охранять, не терять её, пусть укалывание глубокое или мелкое, точки выбора дистальные или проксимальные, самое главное для врача — быть постоянно сосредоточенным, словно идёшь по краю бездной пропасти, словно держишь тигра за хвост, дух не помышляет о множестве вещей».

Далее по тексту "Внутреннего Канона Жёлтого Владыки" встречаем иероглиф 慎 осмотрительность 12 раз. То есть врач обязан с осмотрительностью диагностировать и лечить.

Что касается иероглифа 辟 — склонение к эгоизму, то в медицине он тоже указывает на разрушение. В главе 3 части «Простые Вопросы» "Внутреннего Канона Жёлтого Владыки" читаем: «陽氣者, 煩勞則張, 精絕辟積, Печаль и усталость, ян ци тогда растёт, эссенция разрушается».

Таким образом, при диагностике врач пользуется понятными методами измерения, сопоставляя человека с самим человеком, при лечении делает все осмотрительно, избегая собственного эгоизма.

4. «所謂平天下在治其國者 Что подразумевается под фразой: «Выравнивание Поднебесной зависит от управления государством»

В медицине иероглиф 平 в сочетании с 人 означает здоровый человек. То есть человек, у которого ровный ток эссенции ци.

В главе 18 части «Простые Вопросы» "Внутреннего Канона Жёлтого Владыки" читаем [2, с. 80]:

«黃帝問曰: 平人何如».

Жёлтый Владыка спросил:

— Каков пульс здорового человека?

歧伯對曰: 人一呼脈再動, 一吸脈亦再動, 呼吸定息脈五動, 閏以太息, 命曰平人。平人者, 不病也».

Ци Бо ответил:

— Человек делает один выдох, пульс ударяет дважды, делает один вдох, пульс также ударяет дважды, во время вдоха и выдоха спокойного дыхания пять ударов пульса, дополнительный удар в течение дыхательной паузы, это называется пульсом здорового человека. Здоровый человек — не больной.

常以不病調病人, 醫不病, 故為病人平息以調之為法».

Обычно здоровый человек сравнивается с больным человеком, если врач не болен, то может своё дыхание брать за образец, согласовывая с дыханием больного человека».

Таким образом в классических текстах процесс 治 лечения, управления приводит к выравненному 平 (сбалансированному) состоянию. При диагностике сбалансированное состояние человека определяется в пульсе, о чем нам говорит процитированный выше текст.

По этой причине врач китайской медицины (akupunkturist) для 治 лечения с целью получить результат в виде 平人 здорового (сбалансированного) человека обязан владеть акупунктурной пульсовой диагностикой.

§ 12

Оригинал

《詩》云: 「殷之未喪師, 克配上帝。儀監于殷, 峻命不易。」

道得眾則得國, 失眾則失國。是故君子先慎乎德。有德此有人, 有人此有土, 有土此有財, 有財此有用».

德者本也, 財者末也, 外本內末, 爭民施奪。是故財聚則民散, 財散則民聚。是故言悖而出者, 亦悖而入; 貨悖而入者, 亦悖而出».

《康誥》曰: 「惟命不于常! 」道善則得之, 不善則失之矣».

楚書曰: 「楚國無以為寶, 惟善以為寶。」

舅犯曰: 「亡人無以為寶, 仁親以為寶。」

Перевод

В «Книге Поэм» сказано: «Прежде чем правители династии Инь лишились сердец народа, они могли предстать перед Богом. Примите предостережение от дома Инь. Великое повеление нелегко соблюсти».

Это показывает, что, приобретая народ, вы приобретаете государство, а теряя народ, вы теряете государство. Поэтому правитель прежде всего позаботится о собственной добродетели. Обладание добродетелью даст ему народ. Обладание народом даст территорию. Обладание территорией даст ему богатство. Обладая богатством, он будет иметь средства для расходов.

Добродетель – это корень; богатство – результат. Если он сделает корень своей второстепенной целью, а результат – главным, он лишь будет ссориться со своим народом и научит его грабить. По этой причине накопление богатства – это способ разбросать народ; а распределение его среди людей – способ собрать народ. И потому слова правителя, произнесённые вопреки праву, вернутся к нему тем же путём, и богатство, добытое нечестным путём, уйдёт тем же путём.

В «Обращении к Кану» сказано: «Ведь не всегда нам дана власть»; то есть доброта обретает власть, а недостаток доброты её лишает.

В «Книге Чу» сказано: «Государство Чу не считает это ценным. Оно ценит, напротив, своих добрых людей».

Дядя герцога Вэня, Фань, сказал: «Наш беглец не считает это ценным. То, что он считает ценным, — это привязанность к родителю».

Комментарий

Главная идея этой части "Великого учения" заключена в этом предложении:

«德者本也，財者末也，外本內末，爭民施奪。Добродетель – это корень; богатство – результат. Если он сделает корень своей второстепенной целью, а результат – главным, он лишь будет ссориться со своим народом и научит его грабить».

Понятие *本* корня и *末* вершины в медицине также применяется в значениях причины болезни и следствия, симптомов. В части «Механика Духа» "Внутреннего Канона Жёлтого Владыки" есть целая глава 25, называется *病本* корень болезни. В этой главе обсуждается порядок лечения корня (причины) и вершины (симптомов)[5, с. 116]: «病發而有餘，本而標之，先治其本，後治其標；病發而不足，標而本之，先治其標，後治其本，謹詳察間甚，以意調之，間者並行，甚為獨行».

Болезнь возникает и избыточная, сначала корень, затем идёт вершина, сначала лечить корень, затем лечить вершину.

Болезнь возникает и недостаточная, сначала вершина, затем идёт корень, сначала лечить вершину, затем лечить её корень, строго и тщательно проверять облегчения и ухудшения, ожидать гармонизации их, облегчение – совместно двигать, ухудшение – раздельно двигать».

Важной и существенной идеей здесь является то, что если лечить корень (причину) болезни, то вершина (симптомы) уходит и пациент излечивается, а если лечить только вершину (симптомы), то корень болезни остаётся, пациент испытывает облегчение, но не излечивается.

Об этом нам говорит "Великое Учение": «貨悖而入者，亦悖而出。Богатство, добытое нечестным путём, уйдёт тем же путём». Без устранения корня (причины) болезни патологический процесс вернётся вместе с вершиной (симптомами).

Следовательно, для врача устранять только симптомы болезни – это нечестный путь.

К сожалению, существующая система медицины и большинство практикующих целителей идут именно таким нечестным путём в стремлении за материальной выгодой.

§ 13

Оригинал

《秦誓》曰：「若有一个臣，斷斷兮無他技，其心休休焉，其如有容焉。人之有技，若己有之；人之彥聖，其心好之，不啻若自其口出。實能容之，以能保我子孫黎民，尚亦有利哉！人之有技，媚嫉以惡之；人之彥聖，而違之俾不通。實不能容，以不能保我子孫黎民，亦曰殆哉！」

唯仁人放流之，逆諸四夷，不與同中國，此謂唯仁人為能愛人，能惡人。

見賢而不能舉，舉而不能先，命也；見不善而不能退，退而不能遠，過也。好人之所惡，惡人之所好，是謂拂人之性，災必逮夫身。是故君子有大道，必忠信以得之，驕泰以失之。

Перевод

В Декларации герцога Цинь говорится: «Пусть у меня будет только один советник, простой и искренний, не претендующий на чужие способности, но обладающий простым, честным умом; и обладающий великодушием, который относится к талантам других так, как будто сам ими обладает, и, где он находит способных и проницательных людей, любит их всем сердцем больше, чем

говорит на словах, и действительно показывает, что способен нести их и использовать. Такой министр сможет сохранить моих сыновей, внуков и черноволосях, и от него можно ожидать благ для государства. Но если он склонен завидовать и ненавидеть способных людей, а когда находит способных и проницательных людей, противостоять им и не допускать их продвижения, показывая, что он действительно не способен их терпеть, такой министр не сможет защитить моих сыновей, внуков и народ; и разве он не будет объявлен опасным для государства?»

Только истинно гуманный человек может прогнать такого человека и изгнать его, загнав его к окрестным варварским племенам, решив не жить с ним в Срединном государстве. Это соответствует поговорке: «Только истинно гуманный человек способен любить или ненавидеть других».

Видеть достойных (мудрых) людей и не иметь возможности возвести их на должность; возвести их на должность, но не сразу – это неуважительно. Видеть дурных людей и не иметь возможности сместить их; сместить их, но не на большое расстояние – это слабость. Любить тех, кого ненавидят люди, и ненавидеть тех, кого любят люди – это оскорблять естественные чувства людей. Бедствия не могут не обрушиться на того, кто так поступает. Таким образом, мы видим, что у государя есть великий путь. Он должен проявить полную самоотверженность и искренность, чтобы достичь этого, а гордыня и расточительность погубят его.

Комментарий

Идея этого параграфа в следующем:

1. «《秦誓》曰：「若有一个臣，斷斷兮無他技，其心休休焉，其如有容焉。人之有技，若己有之；人之彥聖，其心好之... В Декларации герцога Цинь говорится: «Пусть у меня будет только один советник, простой и искренний, не претендующий на чужие способности, но обладающий простым, честным умом; и обладающий великодушием, который относится к талантам других так, как будто сам ими обладает, и, где он находит способных и проницательных людей, любит их всем сердцем больше...»

Здесь речь о том, что является благом для народа, государства в целом, какие советники, министры нужны и будут продвигать благое дело для людей, а какие

советники будут думать только об их личном социальном положении.

Если мы обратимся к тексту "Внутреннего Канона Желтого Владыки", то он написан в форме диалогов Хуан Ди с его советниками, общение происходит на равных. Каждый обладает своей мудростью и разумением и делится ими со всеми остальными. Хуан Ди задавая вопросы по медицине, прежде всего, думает о здоровье людей его государства в целом. Ярким примером является первый вопрос Хуан Ди в части «Механика Духа»[4, с. 10]:

«黃帝問於岐伯曰：余子萬民，養百姓而收其租稅；余哀其不給而屬有疾病。余欲勿使被毒藥，無用砭石，欲以微針通其經脈，調其血氣，榮其逆順出入之會。令可傳於後世，必明為之法，令終而不滅，久而不絕，易用難忘，為之經紀，異其章，別其表裏，為之終始。令各有形，先立針經。願聞其情。

Жёлтый Владыка обратился к Ци Бо и спросил:

— Я учитель всего народа, воспитываю сотню семей и получаю их подати. Я скорблю об их недостатках и особенно, об имеющих болезни. Я желаю не допускать воздействия ядовитых лекарств и, чтобы не применялись каменные иглы, желаю посредством мелких игл сообщать каналы и сети, гармонизировать кровь и ци, прославлять соединения следования противоположному и прямому, входа и выхода. Сделать возможным передачу последующим поколениям. Обязательно прояснять, делая их законом; делать так, чтобы [знания] были окончательные и без утраты, длительные и непрерывающиеся, чтобы легко применять и трудно забывать, сделав их основным принципом, различая их порядок, различая их поверхностное и глубокое, создавая их от начала и до конца. Делать так, чтобы всё имело проявление, и ничего не упускать, сначала составляя «Канон Игл». Хочу услышать об их обстоятельствах».

То есть, у врача для работы с пациентом должно быть все направлено на благо пациента, а не на личном эгоизме, чтобы удержать пациента и получить с него большую выгоду. Такой врач знает свои возможности и скажет какой эффект он может прогнозировать в данном конкретном случае, а какой нет, не будет

вводить пациента в заблуждение «фантастическими» результатами.

2. «此謂唯仁人為能愛人，能惡人。

Это соответствует поговорке: «Только истинно гуманный человек способен любить или ненавидеть других».

仁 – человечность, гуманизм основа любого врача. Но в медицине есть термин с использованием этого иероглифа – 不仁 одеревенеть, онеметь (о руках или ногах), быть парализованным. То есть, когда нет 仁 человечности, человек деревенеет, немеет, или становится парализованным, что является довольно тяжёлым заболеванием. То есть, отсутствие человечности (бесчеловечность) подобно парализованному человеку.

3. «是故君子有大道，必忠信以得之，驕泰以失之。 Таким образом, мы видим, что у государя есть великий путь. Он должен проявить полную самоотверженность и искренность, чтобы достичь этого, а гордыня и расточительность погубят его».

Путь истинного врача – высшего мастера, таков же, как путь 君子 благородного господина.

Таким образом, медицина – это живое продолжение этико-философского учения. А "Великое учение" закладывает основы медицинской этики и деонтологии.

§ 14

Оригинал

生財有大道。生之者眾，食之者寡，為之者疾，用之者舒，則財恒足矣。仁者以財發身，不仁者以身發財。未有上好仁而下不好義者也，未有好義其事不終者也，未有府庫財非其財者也。

Перевод

Существует также великий путь для производства богатства. Пусть производителей будет много, а потребителей мало. Пусть будет активность в производстве и экономия в расходах. Тогда богатства всегда будет достаточно. Добродетельный правитель посредством своего богатства делает себя более выдающимся. Порочный правитель накапливает богатство ценой своей жизни. Никогда не было случая, чтобы государь любил благоденствия (гуманность), а народ не любил праведности. Никогда не было случая, чтобы народ любил праведность, а дела государя не были доведены до конца. И никогда не было случая, чтобы

богатство в таком состоянии, собранное в сокровищницах и арсеналах, не оставалось во владении государя.

Комментарий

Этот параграф про то, как ресурсы человека использовать на здоровье человека, а не растрачивать попусту.

Перефразирую перевод: «仁者以財發身，不仁者以身發財. Человечно благосостояние направлять на самого себя (свое тело и личность, здоровья), нечеловечно личные силы (трату здоровья) направлять на какие-то богатства».

То есть у человека не должно быть действий в ущерб собственному здоровью.

«未有府庫財非其財者也 никогда не было случая, чтобы богатство в таком состоянии, собранное в сокровищницах и арсеналах, не оставалось во владении государя».

В медицине 府 органы фу, или по-другому полые органы: желудок, тонкий и толстый кишечник, жёлчный пузырь, мочевой пузырь, тройной обогреватель. Это те органы, которые обеспечивают поступление и переработку пищи в организме человека. То есть питание человека является его одним из значимых ресурсом, и при правильном питании ресурс тела накапливается.

Понимание этого параграф перекликается с главой 1 части «Простые Вопросы» "Внутреннего Канона Жёлтого Владыки" [1, с. 11]: «歧伯對曰：上古之人，其知道者，法於陰陽，和於術數，食飲有節，起居有常，不妄作勞，故能形與神俱，而盡終其天年，度百歲乃去。

Ци Бо ответил:

— Люди древности знали Дао, подражали принципам инь и ян, гармонизировались с искусством управления и закономерностями, были воздержанными в пище и напитках, вели простую повседневную жизнь, не действовали безрассудно, утомляясь, поэтому их форма и дух могли быть вместе, и полностью исчерпывали Небесный возраст в сто лет, тогда уходили».

Таким образом, поддержания ресурса человека (богатства государства) – основа для поддержания жизни (ян-шэн).

§ 15

Оригинал

孟獻子曰：「畜馬乘，不察於雞豚；伐冰之家，不畜牛羊；百乘之家，不畜聚斂之臣。與其有聚斂之臣，寧有盜臣。」

此謂國不以利為利，以義為利也。長國家而務財用者，必自小人矣。彼為善之，小人之使為國家，災害并至。雖有善者，亦無如之何矣！此謂國不以利為利，以義為利也。

Перевод

Чиновник Мэн Сянь сказал: «Тот, кто держит лошадей и повозку, не заботится о птице и свиньях. Семья, хранящая лёд, не разводит скот или овец. Поэтому дом, владеющий сотней колесниц, не должен держать советника, который следит за налогами, чтобы потом обложить ими народ. Чем иметь такого советника, лучше иметь того, кто будет отнимать у него доходы».

Это соответствует поговорке: «В государстве не следует считать процветанием материальную выгоду, но процветание обретается в праведности». Когда тот, кто возглавляет государство или семью, делает доходы своим главным занятием, он, вероятно, находится под влиянием какого-то мелкого, скупого человека. Он может считать этого человека хорошим; но когда такой человек занят управлением государством или семьёй, на него обрушатся как небесные бедствия, так и людские обиды, и хотя его место может занять хороший человек, он не сможет исцелить зло. Это ещё раз иллюстрирует поговорку: «В государстве не должно почитать прибыль процветанием, но процветание его будет в праведности».

Комментарий

Идеи этого параграфа в медицине выражаются в том, что каждый орган имеет свою функцию, а функции всех органов должны быть уравновешены. Если какой-то орган начнёт на себя забирать ресурсов больше необходимого, то возникает дисбаланс, а дальше болезнь.

1. «孟獻子曰：「畜馬乘，不察於雞豚... Чиновник Мэн Сянь сказал: «Тот, кто держит лошадей и повозку, не заботится о птице и свиньях...»

Эта идея выразилась в 8 главе части «Простые Вопросы» "Внутреннего Канона Жёлтого Владыки" [1, с. 205]: «黃帝問曰：願聞十二藏之相使，貴賤何如。

Жёлтый Владыка спросил:

— Хотел бы услышать о взаимодействии двенадцати органов цзан. Какой из них наиболее важный и какой наименее важный?

岐伯對曰：悉乎哉問也，請遂言之。

Ци Бо ответил:

— Всё в этом вопросе. Прошу разрешения полностью рассказать об этом!

心者，君主之官也，神明出焉。

Сердце – монарх; божественный (ясный) дух исходит оттуда.

肺者，相傳之官，治節出焉。

Лёгкое – управляющий; управление и нормы исходят оттуда.

肝者，將軍之官，謀慮出焉。

Печень – генерал; планы и замыслы исходят оттуда.

膽者，中正之官，決斷出焉。

Жёлчный пузырь – беспристрастный судья; вынесение решений исходит оттуда.

膻中者，臣使之官，喜樂出焉。

Укрытие центра (перикард) – советник, посол; радость, веселье исходят оттуда».

2. «此謂國不以利為利，以義為利也。

Это соответствует поговорке: «В государстве не посредством выгоды создаётся выгода, но посредством праведности создаётся выгода».

Здесь идёт речь о том, что добиваться материального благосостояния не через материальное, а через изменение морально-этического, психического состояния людей.

В медицине это выражается тем, что первоначально надо обращать внимание и лечить психоэмоциональное состояние, затем балансировать внутренние органы.

Так 25 глава части «Простые Вопросы» "Внутреннего Канона Жёлтого Владыки" гласит [2, с. 194]: «岐伯曰：凡刺之真，必先治神，五藏已定，九候已備，後乃存鍼。

Ци Бо ответил:

— Истина всего иглоукалывания прежде всего в упорядочивании духа, установлении состояния пяти органов цзан, исследовании пульсов девяти положений, затем определении методов укалывания».

3. «彼為善之，小人之使為國家，災害并至。雖有善者，亦無如之何矣！ Он может считать этого человека хорошим; но когда такой человек занят управлением государством или семьёй, на него обрушатся как небесные бедствия, так и людские обиды, и хотя его место может занять хороший человек, он не сможет исцелить зло».

Отражение этой идеи есть в главе 4 "Внешнего Канона Жёлтого Владыки" (Хуан Ди Вай Цзин) [8]: «少師曰：伯高非知在人者乎。在天之天，難回也。在人者之天，易延也。吾亦修吾之天，以全天命乎。

Шао Ши сказал: Бо Гао ещё не знает положение человека Неба. Положение ранней смерти от Неба, трудно вернуть. Положение ранней смерти от человека легко отсрочить. Я также стремлюсь к совершенствованию себя от Неба, посредством сохранения (целостности) Небесной судьбы».

То есть если человек нарушил свою судьбу от Неба, то он укоротил свою жизнь, и этот процесс уже необратим, потому что человек сам себе нанёс вред.

Таким образом, идеи "Великого Учения" очень прочно связаны с их развитием в медицине и жизни, здоровьем человека. Классическая медицина – это часть, живое развитие философско-этических учений «ста философских школ» Древнего Китая.

Выводы

Таким образом, формирование ТКМ происходило во взаимосвязи с философскими, этическими и социокультурными концепциями Древнего Китая.

«Великое Учение», взятое за образец для изучения, явно показывает и проявляет концепции, которые развиты в медицине, описаны во «Внутреннем Каноне Жёлтого

Владыки» и в других классических медицинских текстах.

По этой причине корректный разбор древнекитайских медицинских текстов возможен только исходя из той культуры и философии, в рамках которых он фиксировался документально. Медицинские концепции и термины могут правильно объясняться через другие тексты того же периода Древнего Китая.

Отсюда следует, что для перевода древних медицинских текстов автору перевода необходимо составлять словарь на основе иных текстов, по которому он переводит медицинский текст, так как значения иероглифов в древности и в современных текстах менялись.

Переносить древний текст на основе современных систем эквивалентов терминов некорректно и влечет глубокие концептуальные ошибки. Ярким примером такого некорректного переноса является концепция «перекреста пяти движений» (五行, у-син), которую в современной литературе по ТКМ называют как «пять стихий», или «пять элементов».

Литература:

1. "Внутренний Канон Жёлтого Владыки" = Хуан Ди Нэй Цзин. – В 7 т. / Пёр. с др.-кит. Д. Аланова. – Москва: Книгоиздательство «АБВ», 2024. – Том I: Простые Вопросы: статьи 1-11. – 272 с.: ил.
 2. "Внутренний Канон Жёлтого Владыки" = Хуан Ди Нэй Цзин. – В 7 т. / Пёр. с др.-кит. Д. Аланова. – Москва: Книгоиздательство «АБВ», 2025. – Том II: Простые Вопросы: статьи 12-30. – 248 с.: ил.
 3. "Внутренний Канон Жёлтого Владыки" = Хуан Ди Нэй Цзин. – В 7 т. / Пёр. с др.-кит. Д. Аланова. – Москва: Книгоиздательство «АБВ», 2019. – Том IV: Простые Вопросы: статьи 66-81. – 432 с.: ил.
 4. "Внутренний Канон Жёлтого Владыки" = Хуан Ди Нэй Цзин. – В 7 т. / Пёр. с др.-кит. Д. Аланова. – Москва: Книгоиздательство «АБВ», 2022. – Том V: Механика Духа: статьи 1-19. – 494 с.: ил.
 5. "Внутренний Канон Жёлтого Владыки" = Хуан Ди Нэй Цзин. – В 7 т. / Пёр. с др.-кит. Д. Аланова. – Москва: Книгоиздательство «АБВ», 2024. – Том VI: Механика Духа: статьи 20-56. – 472 с.: ил.
 6. Chinese Text Project [Электронный ресурс] / 《大學 – Da Xue》. – Режим доступа : <https://ctext.org/liji/da-xue>, свободный. – Загл. с экрана.
 7. Chinese Text Project [Электронный ресурс] / 《黃帝內經 – Huangdi Neijing》. – Режим доступа : <https://ctext.org/huangdi-neijing>, свободный. – Загл. с экрана.
- Chinese Text Project [Электронный ресурс] / 《外經微言》. – Режим доступа : <https://ctext.org/wiki.pl?if=en&res=153184>, свободный. – Загл. с экрана.

Йога и Аюрведа. На просторах ума

Павел Пересыпкин⁵, Падигар Шарикант⁶ (Удупи, Индия)

Абстракт

В обыденном представлении Йога и Аюрведа, будучи значительно обособленными науками, часто ошибочно смешиваются в единую систему знаний. Имея собой разные цели, задачи и инструменты, эти две системы временами пересекаются, в частности на просторах исследований, описания и работы с природой ума. Для йогина - как элемента духовной практики, для обычного человека - для поддержания ума, и, как следствие, тела и духа в здоровом состоянии. В данной статье будет рассмотрен один из примеров такого пересечения между двумя системами.

Ключевые слова:

Аюрведа, Йога, Патанджали, Чарака, Ум, Природа ума, Йога-сутра, Психотерапия, Умственное здоровье

Yoga and Ayurveda: On the Nature of Mind

Abstract

From a common man perspective, Yoga and Ayurveda, being essentially distinct sciences, are often mistakenly mixed into a single system of knowledge. Having different goals, objectives and instruments these two systems do cross their paths from time to time, particularly in the areas of exploration, description and interaction with the nature of the mind. For a yogin - as an element of spiritual practice, for a common man - to keep the mind and as a result, the body and spirit in a healthy state. In this article we will look into example of such an intersection between the two systems.

Key words

Ayurveda, Yoga, Patanjali, Charaka, Mind, Nature of mind, Yoga sutra, Psychotherapy, Mental Health

Йога и Аюрведа две отдельных, самостоятельных ветви древнеиндийского знания

Они несут собой несколько разные цели и, соответственно, инструментарий, но сходятся в одном - здоровье является основной всего. Для йогина - долгой и плодотворной са-дханы - йогической практики. Патанджали указывает «व्याधि vyādhī» - болезни первыми среди 9 основных препятствий на пути йоги (1). Для обычного же человека - исполнения четырех основных целей жизни. Чарака говорит следующее:

धर्मार्थकाममोक्षाणामारोग्यं मूलमुत्तमम् ।

रोगास्तस्यापहर्तारः श्रेयसो जीवितस्य च ।

dharmārthakāmamōkṣāṇāmārōgyaṁ

mūlamuttamam || 15b ||

rogāstasyāpahartārah śreyaso jīvitasya ca |

"Здоровье - первейшая основа Дхармы (исполнения долга),

Артхи (материального благополучия),

Камы (удовлетворения желаний) и Мокши (освобождения).

Болезни же - это уничтожители здоровья, благополучия и (самой) жизни." (2)

В соответствии с индийской традицией Чарака, редактор одного из самых древних и известных классических текстов Аюрведы - Чарака Самхиты, и Патанджали - автор фундаментального сборника - «Йоги сутра», - оба являются воплощением Ананта Шеши - одной из заметных фигур индийской мифологии, гигантского, мудрого Нага - Змея,

⁵ Врач Аюрведы, бакалавр Аюрведической Медицины и Хирургии (BAMS), студент магистратуры кафедры магистратуры и докторантуры по предмету Дравьягуна (аюрведическая фармакология и лекарственные растения) Аюрведического колледжа, госпиталя и научно-исследовательского центра SDM, город Удупи, штат Карнатака, Индия, email: pavelayurveda@gmail.com

⁶ Глава кафедры магистратуры и докторантуры по предмету Дравьягуна (аюрведическая фармакология и лекарственные растения) Аюрведического колледжа, госпиталя и научно-исследовательского центра SDM, город Удупи, штат Карнатака, Индия

на котором в индийской иконографии покоится Бог Вишну, символизируя вселенную.

Возможно, поэтому из всех основных классических текстов именно Чарака Самхита имеет наибольшее количество отсылок к практикам традиционной раджа-йоги.

Практика йога - это в первую очередь работа с умом.

Само определение состояния Йоги Патанджали дает следующим образом:

योगश्चित्तवृत्तिनिरोधः yogaś-citta-vṛtti-nirodhaḥ

«Йога - это остановка (беспорядочных) колебаний ума» (3)

То есть, йогин это тот, кто полностью подчинил свой ум.

С точки зрения Аюрведы ум является одним из источников болезней тела. И терапия в Аюрведе также делится на три основных категории:

त्रिविधमौषधमिति- दैवव्यपाश्रयं, युक्तिव्यपाश्रयं, सत्त्वावजयश्च।

trividhamauśadhamiti- daivavyapāśrayaṁ, yuktivyapāśrayaṁ, sattvāvajayaśca।

“Три вида терапии (существует) - Дайва-вйапашрая, Юкти-вйапашрая и Саттва-аваджая» (4)

Юкти-вйапашрая чикитса - рациональная терапия, заключающаяся в рациональном использовании диеты, процедур, препаратов и пр.

Дайва-вйапашрая чикитса - мистическая терапия.

Саттва-аваджая чикитса - умственная или психотерапия. Дословно «Подчинение ума»

В 11-й главе Сутрастаны Чарака Самхиты автор трактата также следующим образом описывает три вида заболеваний в Аюрведе:

त्रयो रोगा इति- निजागन्तुमानसाः।
तत्र निजः शारीरदोषसमुत्थः,
आगन्तुर्भूतविषवाय्वग्निसम्प्रहारादिसमुत्थः, मानसः
पुनरिष्टस्य लाभाल्लाभाच्चानिष्टस्योपजायते।।४५।।

trayō rōgā iti- nijāgantumānasāḥ।
tatra nijah śārīradōṣasamutthah,
āganturbhūtavīṣavāyvaṅnisamprahārādisamutthah,
lābhāllābhāccāniṣṭasyōpajāyatē।।45।।

“Три (вида) болезней:

Ниджа - соматические (берущие начало внутри тела)

Аганту - вызванные внешними причинами (Дословно - “случайные”, “непредвиденные”)

Манаса - умственные / психические (порождающиеся “дошами ума” - Раджасом и Тамасом).

1)Итак, соматические производятся телесными дошами (Ватой, Питтой и Капхой)

2)Вызванные внешними причинами производятся (воздействием) бхутов*, ядов, ветра, огня, травмы и т.д.

3)Умственные же рождаются от необретения (не имения) желаемого и обретения (имения) нежелаемого.” (5)

*Бхута - невидимые глазу сущности. Могут пониматься в широком смысле.

В контексте этого замечательного, емкого определения причин умственных заболеваний, как не вспомнить две связанных между собой и с этим пассажем элемента из списка Ям и Ниям в классических текстах Йоги?

अपरिग्रह अपari-graha “нестяжательство” - пятая в списке Ям в Йога-Сутрах Патанджали (6).

Отсутствие жадности, тяги к накопительству, непривязанность к материальному.

Состояние ума, при котором человек не зависит от внешних материальных благ.

Настрой брать от жизни только необходимое, освобождая ум от ненужных вещей, мыслей и эмоций для достижения внутренней свободы от зависти и чрезмерного желания владеть, что помогает снизить уровень стресса.

В реалиях мирской жизни, если не уходить в крайности, это можно проинтерпретировать как “разумное, рациональное потребление”. Аккуратное, бережное отношение к ресурсам этого и мира и тому, сколько мы от него берём.

सन्तोष santoṣa - удовлетворенность - Вторая в списке Ниям в Йога-сутре (7)

Состояние довольствия, радости и благодарности тем, что имеется в наличии.

Отсутствие зависти, жадности и стремления иметь и получать “ещё, ещё и ещё”.

Фокус ума на благодарности за те маленькие вещи, которые уже есть в наличии, а не на том, чего беспокойному уму постоянно не хватает.

Умения искать и находить за что быть благодарным, а не постоянные, бесконечные жалобы на судьбу и обстоятельства.

Жадность, зависть, постоянная тяга к накопительству - это все то, что держит ум в

состоянии постоянного стресса, и, как следствие, может приводить к разным психическим и психосоматическим расстройствам, отражающимся и в теле.

Следование Апирграхе и Сантоше - это переформатирование ума, смена настройки восприятия реальности и картины мира, которое может, как минимум, в значительной степени снизить наш уровень стресса в повседневной жизни.

Именно поэтому Чарака, давая рекомендации для поддержания здоровья, помимо рекомендаций о Диначарье (режиме на день), Ритучарье (режиме на разные сезоны), Садвритте (благом поведении) указывает также о принципиальной важности контроля патологических позывов ума для поддержания здоровья:

लोभशोकभयक्रोधमानवेगान् विधारयेत्।
नैर्लज्जेष्यातिरागानामभिध्यायाश्च बुद्धिमान्॥२७॥

परुषस्यातिमात्रस्य सूचकस्यानृतस्य च।
वाक्यस्याकालयुक्तस्य धारयेद्वेगमुत्थितम्॥२८॥

देहप्रवृत्तिर्या काचिद्विद्यते परपीडया।
स्त्रीभोगस्तेयहिंसाद्या तस्यावेगान्विधारयेत्॥२९॥

पुण्यशब्दो विपापत्वान्मनोवाक्कायकर्मणाम्।
धर्मार्थकामान् पुरुषः सुखी भुङ्क्ते चिनोति च॥३०॥

lobhaśokabhayakrodhamānavegān
vidhārayet।

nairlajjyersyātirāgāṇāmabhidhyāyāśca
buddhimān॥२७॥

paruṣasyātīmātrasya sūcakasyānṛtasya ca।
vākyasyākālayuktasya
dhārayedvegamutthitam॥२८॥

dehapravṛttirya kācidvidyate parapīḍayā।
strībhogasteyahiṁsādyā
tasyāvegānvidhārayet॥२९॥

puṇyaśabdo

vipāpatvānmanovākkāyakarmaṇām।
dharmārthakāmān puruṣaḥ sukhī bhuṅkte cinoti
ca॥३०॥

Пусть сдерживает мудрый побуждения (ума), такие как:

Алчность, печаль, страх, гнев, гордыню, бесстыдство, зависть, чрезмерную привязанность и желание чужой собственности.

Побуждения к грубой, чрезмерной, колкой, лживой, неуместной речи (также) пусть сдерживает (мудрый).

Побуждения к любым действиям тела, которые причиняют вред

(Таким как) половая связь (с чужой женой)*, воровство, насилие и другие пусть сдерживает (мудрый).

Праведным называется (человек) вследствие безгрешности в действиях ума, речи и тела.

Дхарму (долг, праведность), Артху (материальное благополучие) и Каму (удовлетворение желаний) (такой) счастливый человек вкушает и накапливает.

В итоге, как звучит ответ на извечный вопрос: “а какая есть связь между Аюрведой и Йогой?”

На наш взгляд, задолго до и больше, чем через асаны и пранаямы, вот она - через методы контроля ума и следование Ямам и Ниямам. Следование Ямам и Ниямам, в частности Апариграхе и Сантоше, с этого начинается практика йоги. С этого же начинается путь к здоровому состоянию тела и покою ума в Аюрведе.

Литература:

1. Pandit B. Misrhra, Yoga Sutram by Maharishi Patanjali with Yogadipika commentary, 2nd ed.. Varanasi, India: Chaukambha Sanskrit Sansthan, 1984:13
 2. K.R. Srikantha Murthy, Caraka Samhita (English translation along with commentary of Cakrapani datta, Appendix etc.), 1st ed. Varanasi, India: Chaukambha Orientalia, 2013:15
 3. Pandit B. Misrhra, Yoga Sutram by Maharishi Patanjali with Yogadipika commentary, 2nd ed.. Varanasi, India: Chaukambha Sanskrit Sansthan, 1984:2-3
 4. K.R. Srikantha Murthy, Caraka Samhita (English translation along with commentary of Cakrapani datta, Appendix etc.), 1st ed. Varanasi, India: Chaukambha Orientalia, 2013:227
 5. K.R. Srikantha Murthy, Caraka Samhita (English translation along with commentary of Cakrapani datta, Appendix etc.), 1st ed. Varanasi, India: Chaukambha Orientalia, 2013:226
 6. 6. Pandit B. Misrhra, Yoga Sutram by Maharishi Patanjali with Yogadipika commentary, 2nd ed.. Varanasi, India: Chaukambha Sanskrit Sansthan, 1984:38-39
 7. Pandit B. Misrhra, Yoga Sutram by Maharishi Patanjali with Yogadipika commentary, 2nd ed.. Varanasi, India: Chaukambha Sanskrit Sansthan, 1984:39
- K.R. Srikantha Murthy, Caraka Samhita (English translation along with commentary of Cakrapani datta, Appendix etc.), 1st ed. Varanasi, India: Chaukambha Orientalia, 2013:132-134

Эффективность классической гомеопатии при энтропионе у кошки: ветеринарный случай

Екатерина Лопатинская⁷ (Санкт-Петербург)

Аннотация

Представлен клинический случай спастического энтропиона нижнего века у 10-месячной кошки. Применение однокомпонентного гомеопатического препарата *Borax veneta* в потенции C12 (две дозы с интервалом 2 недели) привело к полному регрессу заворота века, исчезновению гиперемии, слезотечения и раздражения кожи в течение 3 недель. Хирургическое вмешательство не потребовалось.

Ключевые слова

энтропион, классическая гомеопатия, ветеринарная гомеопатия, боракс венета, спастический энтропион, кошка

The Effectiveness of Classical Homeopathy in Feline Entropion: A Clinical Case

Abstract

A clinical case of spastic entropion of the lower eyelid in a 10-month-old cat is presented. The use of a single-component homeopathic medicine *Borax veneta* in C12 potency (two doses two weeks apart) led to complete regression of eyelid inversion, disappearance of hyperemia, lacrimation, and skin irritation within three weeks. Surgical intervention was not required.

Keywords

entropion, classical homeopathy, veterinary homeopathy, *Borax veneta*, spastic entropion, cat

Актуальность

Энтропион (заворот века) — относительно редкая, но клинически значимая патология у кошек с распространенностью около 2,2%. Наиболее предрасположены брахицефальные породы [1]. В зависимости от причины выделяют врожденный, анатомический и спастический энтропион, который является обратимым при устранении провоцирующего фактора. Энтропион при прогрессировании приводит к конъюнктивиту, кератопатии, эрозиям и формированию бельма, а неоваскуляризация роговицы приводит к снижению остроты зрения вплоть до слепоты [2]. Консервативное лечение включает ежедневное использование препаратов искусственной слезы, гелей и глазных мазей. Радикальным лечением является операция. Применение классического гомеопатического лечения позволило вылечить заворот

века и избежать оперативного вмешательства.

Клинические данные

Кошка породы курильский бобтейл, 10 месяцев, самка, вес 2,2 кг. Содержание домашнее, питание смешанное. Ранее не лечилась. За 3 недели до обращения владелец заметил постепенно нарастающий заворот нижнего века правого глаза, гиперемию конъюнктивы, слезотечение. Кошка щурилась, периодически терла глаз лапой. При офтальмологическом осмотре: роговица прозрачная, инородных тел нет, ресницы растут нормально, трихиаза и дистихиаза не выявлено. Диагностирован спастический энтропион. (фото №1).

Терапевтическое вмешательство

Для выбора лекарства был взят яркий клинический местный симптом и индивидуальный, характерный, необычный симптом

⁷ Врач, классический гомеопат, частная практика, Россия, г.Санкт-Петербург, elopatinskaja@yandex.ru

(согласно параграфу 153) [3] со стороны психики – страх шума, учитывая, что кошка крайне чувствительна к резкому шуму (пылесос, миксер). Совокупность симптомов лаконична.

Использовались следующие инструменты:

- 1. Профессиональная компьютерная программа реперторизации Complete Dynamics версии Професионал (авторы: Eduard van Grinsven Roger van Zandvort)
- 2. Специализированная гомеопатическая онлайн-программа Index Hahnemannicum (автор Д.А.Иванов-Вызго) (фото №2).

В результате реперторизации (фото №3) был выбран гомеопатический препарат *Borax veneta*, подтверждение выбора производилось по лекарственному патогенезу С.Ганемана (специальная часть «Хронических болезней») [4].

Были даны 2 сухие дозы (по 1 грануле) *per os* - гранулу на корень языка, в потенции C12 с интервалом в 2 недели.

Повтор был обусловлен возвратом симптомов после первоначального улучшения.

Местного лечения не проводилось.

Этические аспекты

Владелец животного дал информированное согласие на публикацию клинического случая и использование фотографий.

Выводы

Корректно подобранный гомеопатический монопрепарат *Borax veneta* в потенции C12 в минимальной дозе с редкими повторами продемонстрировал быструю положительную динамику при спастическом энтропионе у кошки. Представленный случай может служить основанием для дальнейшего

изучения действия классической гомеопатии в ветеринарной офтальмологии.

Представленный случай демонстрирует не только клиническую эффективность классической гомеопатии, но и важность точного выбора терапевтической стратегии на основе индивидуальных характеристик пациента.

В рамках формирующегося системного подхода данный результат может рассматриваться как пример управляемого принятия решений, обеспечивающего воспроизводимость клинического эффекта без необходимости инвазивных вмешательств.

Автор заявляет об отсутствии конфликтов интересов, связанного с авторством и/или публикацией данной статьи.



Фото №1. Выраженный заворот нижнего века правого глаза до лечения: сужение глазной щели, слезотечение, гиперемия конъюнктивы.

Agar. Arn. Bry. Calc. Chin. Dig. Hyos. Mag-m. Ofid. Sars. Tanax.

Am-c. Azar. Calc-c. Cic. Dro. Ign. Mang. Petr. Sep. Thuj.

Am-m. Aur. Camph. Cin. Dule. Iod. Merc. Ph-ac. Sil. Veat.

Ambr. Aur-mur. Cam-s. Cicut. Euphr. Ip. Mez. Phos. Spig. Verb.

Asac. Bar-ac. Caps. Clem. Euphr. Kali-c. Mosch. Plat. Spong. Zinc.

As-c. Bar-c. Carb-an. Cocc. Ferr. Kali-n. Mur-ac. Puls. Smar. Thaps.

As-t. Bell. Carb-v. Coloc. Graph. Kreos. Nat-o. Rheum. Staph.

Arg. Bism. Caust. Con. Guaj. Led. Nat-m. Rhaz-v. Stram.

Результаты по запросу:

Поискать: **реснички** века

По запрошенной комбинации найдено 4 записи (4 средства).

наим. средства	латинизация	рус.	рус.	наим. лат.	наим. рус.	латинизация	рус.	латинизация	рус.	латинизация	рус.
Bor	St.	77	Реснички поднимаются внутрь глаза и вызывают его воспаление, особенно во внутренних углах, где края век совершенно ослеплены (спустя 6 недель).	77	Die Wimpern kehren sich in das Auge hinein und entzündet es, besonders im äußeren Winkel, wo die Lid-Ränder ganz wund sind (s. 6 W.).	77	The eyelashes turn inward into the eyes and inflame them, especially in the outer canthus, where the edges of the lids are quite sore (aft. 6 w.).	DeKk.	77		

Фото №2. Скриншот результата поиска в программе Index Hahnemannicum

Анализ 19 февраля 2026 г., энтропион века справа Анализ использует 2 рубрик.		bor	bell	calc	sil	sulph	apic
		100	75	65	64	58	54
		2	2	2	2	2	2
86	Психика, сознание; Страх, боязнь; шума, от	4	3	3	4	1	1
21	Глаза, глаз; Выворот, инверсия век	4	4	3	1	4	4

Фото №3. Скриншот реперторизации в Complete Dynamics с двумя ключевыми симптомами: «страх шума» и «энтропион».



Фото №4. Через 3 недели после начала лечения веко в нормальном положении, слезотечение и гиперемия отсутствует.



Фото №5. Через 2,5 месяца состояние стабильно хорошее, рецидивов нет.

Литература

1. Bott M.P., et al. Epidemiology and clinical presentation of feline presumed hereditary or breed-related ocular diseases in France: retrospective study of 129 cats. J Feline Med Surg. 2022 Dec;24(12):1274-1282. doi: 10.1177/1098612X221080598.
2. Стекольников А.А., Сотникова Л.Ф. Ветеринарная офтальмология: учебник. — Санкт-Петербург: Проспект Науки, 2024. — 296 с.
3. Самуил Ганеман, Органон врачебного искусства / Перевод с английского А.В. Высочанского, О.А. Высочанской. Под редакцией А.В. Высочанского — М.: Симилия, ИМЕДИС, 2005 — 384 с. ISBN 5-86731-027-2
4. Самуил Ганеман, Хронические болезни, их своеобразная природа и гомеопатическое лечение. Антипсорические средства. Избранные лекарственные патогенезы — 1. /Перевод с немецкого Д.А.Иванов-Вызго, А.В.Фраёнова — СПб.:Астерион, 2011. - 412 с. ISBN 978-5-94856-770-9