

6. Шутков А. М. // Нефрол. и диализ. – 2002. – Т. 4, № 3. – С. 195–200.
7. Шутков А. М., Мардер Н. Я., Хамидулина Г. А. и др. // Нефрол. и диализ. – 2005. – Т. 7, № 2. – С. 140–144.
8. Шутков А. М., Серов В. А. // Клини. нефрол. – 2010. – № 1. – С. 44–48.
9. American Academy of Pediatrics, National High Blood Pressure Educational Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation and treatment of high blood pressure in children and adolescents // Pediatrics. – 2004. – Vol. 114. – P. 555–576.
10. Basiratnia M., Esteghamati M., Ajami G. H. et al. // Pediatr. Nephrol. – 2011. – Vol. 26, N 3. – P. 449–457.
11. Becker-Cohen R., Nir A., Ben-Shalom E. et al. // Pediatr. Nephrol. – 2008. – Vol. 23, N 9. – P. 1545–1550.
12. Briese S., Claus M., Querfeld U. // Pediatr. Nephrol. – 2008. – Vol. 23. – P. 2241–2245.
13. Bullington N., Kartel J., Khoury P., Mitsnefes M. // Pediatr. Transplant. – 2006. – Vol. 10, N 7. – P. 811–815.
14. Cavallini M., Di Zazzo G., Giordano U. et al. // Pediatr. Nephrol. – 2010. – Vol. 25, N 12. – P. 2523–2529.
15. Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification. (National Kidney Foundation, USA). www.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_ckd/toc.htm.
16. Cochat P., Fargue S., Mestrallet G. et al. // Pediatr. Nephrol. – 2009. – Vol. 24, N 11. – P. 2097–2108.
17. De Mattos A. M., Siedlecki A., Gaston R. S. et al. // J. Am. Soc. Nephrol. – 2008. – Vol. 19, N 6. – P. 1191–1196.
18. El-Husseini A. A., Sheashaa H. A., Hassan N. A. et al. // Pediatr. Transplant. – 2004. – Vol. 8, N 3. – P. 249–254.
19. Fischbach M., Edefonti A., Schröder C., Watson A. // Pediatr. Nephrol. – 2005. – Vol. 20, N 8. – P. 1054–1066.
20. Greenbaum L. A., Warady B. A., Furth S. L. // Semin. Nephrol. – 2009. – Vol. 29, N 4. – P. 425–434.
21. Guizar-Mendoza J.M., Amador-Licona N., Lozada E.E. et al. // Pediatr. Nephrol. – 2006. – Vol. 21, N 10. – P. 1413–1418.
22. Harkel A. D. J. T., Cransberg K., Osch-Gevers M. V., Nauta J. // Nephrol. Dial. Transplant. – 2009. – Vol. 24, N 6. – P. 1987–1991.
23. Hothy D. K., Rees L., Marek J. и др. // Clin. J. Am. Soc. Nephrol. – 2009. – Vol. 4, N 4. – P. 790–797.
24. Humar A., Arrazola L., Mauer M. // Pediatr. Nephrol. – 2001. – Vol. 16, N 12. – P. 941–945.
25. Krzych L. J., Szydłowski L. // Can. J. Cardiol. – 2009. – Vol. 25, N 1. – P. e13–e16.
26. Litwin M., Sladowska J., Syczewska M. и др. // Pediatr. Nephrol. – 2008. – Vol. 23. – P. 787–796.
27. Lurbe E., Redon J. // Pediatr. Nephrol. – 2008. – Vol. 23. – P. 341–345.
28. McDonald S. P., Craig J. C. // N. Engl. J. Med. – 2004. – Vol. 350. – P. 2554–2662.
29. Mitsnefes M. M., Schwartz S. M., Daniels S. R. // Pediatr. Transplant. – 2001. – Vol. 5. – P. 279–284.
30. Mitsnefes M. M. // J. Pediatr. – 2002. – Vol. 141, N 2. – P. 162–164.
31. Mitsnefes M. M. // Pediatr. Nephrol. – 2008. – Vol. 23. – P. 27–39.
32. Mitsnefes M., Flynn J., Cohn S. et al. // J. Am. Soc. Nephrol. – 2010. – Vol. 21, N 1. – P. 137–144.
33. Muscheites J., Meyer A. A., Drucekler E. et al. // Pediatr. Nephrol. – 2008. – Vol. 23. – P. 2233–2239.
34. Parekh R. S., Carroll C. E., Wolfe R. A., Port F. K. // J. Pediatr. – 2002. – Vol. 141, N 2. – P. 191–197.
35. Prasad R., Ruzicka M., Burns K. D. и др. // Can. J. Cardiol. – 2009. – Vol. 25, N 5. – P. 309–314.
36. Rees L. // Pediatr. Nephrol. – 2009. – Vol. 24. – P. 475–484.
37. Seeman T. // Pediatr. Nephrol. – 2009. – Vol. 24. – P. 959–972.
38. Sharma R., Chemla E., Tome M. et al. // Heart. – 2007. – Vol. 4, N 93. – P. 464–469.
39. Simpson J. M., Savis A., Rawlins D. et al. // Eur. J. Echocardiogr. – 2010. – Vol. 11, N 3. – P. 271–277.
40. Śladowska-Kozłowska J., Litwin M., Anna Niemirska et al. // Pediatr. Nephrol. – 2011. – Vol. 26, N 12. – P. 2201–2209.
41. Stabouli S., Kotsis V., Rizos Z. et al. // Pediatr. Nephrol. – 2009. – Vol. 24. – P. 1545–1551.
42. Uçar T., Tutar E., Yalçinkaya F. et al. // Pediatr. Nephrol. – 2008. – Vol. 2. – P. 779–785.
43. Vergoulas G. // Hippokratia. – 2007. – Vol. 11, N 1. – P. 3–12.
44. Warady B. A., Chardha V. // Pediatr. Nephrol. – 2007. – Vol. 22, N 12. – P. 1999–2009.
45. Weaver D. J. Jr., Kimball T., Witt S. A. et al. // J. Pediatr. – 2008. – Vol. 153, N 4. – P. 565–569.

Поступила 29.05.12

Точка зрения

© Н. Н. БЕГИЧЕВ, 2012

УДК 615.015.32

Н. Н. Бегичев*, Москва

ПОЧЕМУ Я, ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ, СТАЛ ПРИМЕНЯТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ МНОГИХ БОЛЕЗНЕЙ СВЕРХМАЛЫЕ ДОЗЫ ЛЕКАРСТВ

*Бегичев Николай Николаевич, врач-терапевт. Телефоны 8 (499) 186-56-11; 8 (916) 322-23-51.

Закончив мединститут, я, конечно, не собирался нарушать наш фармакологический кодекс и был полностью согласен с тем, что лечить болезни можно только лекарствами в терапевтических дозах, а все другие дозы, будь они маленькие или большие, для лечения больных не годятся. Однако проработав несколько лет участковым терапевтом, а затем после окончания клинической ординатуры по терапии ординатором в больнице, я стал свидетелем, как врач-гомеопат одними своими сверхмалыми дозами (СМД) лекарств спас жизнь одной моей больной. Этот случай произвел на меня такое большое впечатление, что я решил, во что бы то ни стало овладеть незнакомым мне гомеопатическим способом лечения (ГСЛ), так как нас,

будущих врачей, в институте с ним не знакомили. Он считался ненаучным, как в то время (60–70-е годы прошлого века) считались ненаучными и генетика, и кибернетика.

Мне повезло. Я выполнил свое решение и уже через 3 года, предварительно изучив ГСЛ по книгам и закончив годичные курсы по гомеопатии, смог, правда, с большим трудом, устроиться совместителем в единственную в Москве гомеопатическую поликлинику на 2-й Владимирской улице. Работая в поликлинике, я все больше и больше убеждался в эффективности ГСЛ при лечении больных и уже не удивлялся, почему к гомеопатам обращается так много больных, несмотря на то что гонения на гомеопатию в нашей стране еще не прекратились. В подтвержде-

ние своих слов могу сказать, что спустя 4 года после начала работы в этой поликлинике все совместители (а их было около 100 человек) по приказу свыше в одночасье, безо всяких предупреждений и объяснений, были уволены. Мы, врачи, желающие лечить больных ГСЛ, остались без любимой работы. Тогда это увольнение я расценивал как большую беду для себя, но недаром говорят: «Нет худа без добра». Если бы я продолжал работать в этой поликлинике, мне бы никогда в голову не пришло попробовать лечить больных СМД лекарствами, открытыми в 1924 г. нашим выдающимся фармакологом Н. П. Кравковым. В его честь я такие СМД буду называть дозами Кравкова (ДК).

Надо сказать, что лекарства в ДК отличаются от лекарств в СМД гомеопатов только тем, что действуют на животных, на которых Кравков проводил свои эксперименты, прямо противоположным образом, чем те же самые лекарства в терапевтических дозах. Например, если адреналин в терапевтической дозе сужал кровеносные сосуды у животных, то в ДК он их расширял.

Однако эти дозы лекарств, хотя и были открыты Кравковым еще в 1924 г., не были востребованы медициной для лечения больных. Врачи, видимо, не стали ими пользоваться из-за сверхмалых величин, так как они могли быть меньше известного числа Авогардо $\sim 6,02 \cdot 10^{23}$ ммоль⁻¹, когда в растворе уже не остается ни одной молекулы самого лекарства. Врачам, конечно, было совершенно непонятно, как такой маленькой дозе, которая не поддавалась никакому измерению, эти лекарства в ДК могут действовать на животных и человека.

Я же заинтересовался лекарствами в ДК не случайно. Понимая, что лекарства в ДК являются по своему действию антагонистами этих же лекарств в терапевтических дозах, и хорошо зная, что в нашем самом популярном фармакологическом справочнике под редакцией М. Д. Машковского чуть ли не половина его объема отводится лекарствам-антагонистам и лекарствам, название которых начинается с анти- (или против), я сделал предположение, что лекарства в ДК со своим антагонистическим действием тоже могут обладать целебными свойствами, как и эти антагонисты в терапевтических дозах. Тогда я решил, что может быть мне и стоит попробовать ими заняться, коль я уже знаком с лекарствами в СМД гомеопатов и успел убедиться, что ими можно хорошо лечить больных. Это предположение показалось мне заманчивым и перспективным еще и потому, что от лекарств в СМД, к которым относились лекарства в ДК, никаких неприятностей ожидать не приходилось, и даже наоборот. Проработав несколько лет в гомеопатической поликлинике, я уже знал, что СМД лекарства не способны причинить вред больным, и врач, используя их для лечения, не будет нарушать клятву Гиппократова. Я знал также, что эти дозы лекарств не дают побочных реакций (ПР), так характерных для большинства лекарств в терапевтических дозах, а скорость их действия на больных сравнима со скоростью нитроглицерина в терапевтических дозах. К тому же гомеопаты, применяя уже 200 лет сильнее яды в СМД для лечения больных, не причиняют при этом им никакого вреда, и тем самым хорошо доказали, что для лекарств в СМД испытания на животных проводить совсем не обязательно в отличие от таких же лекарств в терапевтических дозах. Это означало, что, используя лекарства в ДК, мне нужно будет тратить время и деньги на эту дорогостоящую процедуру. Не берусь судить, как бы поступили на моем месте другие врачи, но я после этих своих рассуждений, сохраняя любовь к СМД лекарств гомеопатов, принял решение постараться выяснить, какую пользу нашей медицине могут принести лекарства в ДК, если их антагонистические свойства попробовать также использовать для лечения больных, хотя заранее и отдавал себе отчет в

том, что при выполнении этого решения трудностей мне не избежать. Так и получилось. Трудности меня ожидали большие.

Сначала надо было научиться готовить лекарства в ДК, а это занятие было не из легких. Мне пришлось затратить на него много сил и времени и отчасти пожертвовать своим здоровьем. Так как одному Богу известно, какое невероятное количество лекарств в самых разных дозах мне пришлось попробовать самому, прежде чем я научился сравнительно быстро и уже по своей методике практически из любого нашего современного сильнодействующего средства в терапевтической дозе готовить это же лекарство в ДК. Однако и на этом мои трудности не закончились.

Я не имел права без соответствующего разрешения применять лекарства в ДК для лечения больных, хотя прекрасно понимал, что они не будут причинять вреда больным из-за своей сверхмалой величины. Это разрешение, куда бы я не обращался, я так и не смог получить. Мне просто не хотели его выдавать. Экспертов же по лекарствам в ДК, которые могли бы объективно судить об их эффективности, в нашей стране не было и не могло быть, так как еще никто из врачей не изучал их действие непосредственно на больных. Это была еще никем не проторенная дорога в нашей медицине.

Между тем нашлись все-таки фармакологи, которые взяли на себя обязанности таких экспертов, хотя сами никогда не работали с лекарствами в ДК. Они не только не собирались расчистить им дорогу в нашей медицине, а наоборот, признали их негодными для лечения и профилактики заболеваний.

Так что лечить больных лекарствами в ДК мне пришлось в своей врачебной практике, и то неофициально, на свой страх и риск, но я не жалею об этом, потому что за многие годы работы с лекарствами в ДК успел убедиться в том, что они могут служить нашей медицине верой и правдой. С их помощью медицина сможет наконец выполнить такие свои еще не решенные задачи, которые одними лекарствами в терапевтических дозах ей выполнить было не под силу. Эту статью я написал ради того, чтобы о пользе лекарств в ДК узнало как можно больше врачей.

Я также надеюсь, что прочитав мою статью и узнав о пользе лекарств в ДК, часть врачей согласится со мной, что надо обязательно бороться за их официальное признание, и, возможно, пожелает вступить в группу поддержки лекарств в ДК, которую я хотел бы собрать. Для врачей, которые пожелают вступить в эту группу, я оставлю свои контактные телефоны: (499) 186-56-11 и 8-916-322-25-51.

За время своих попыток получить разрешение на применение лекарств в ДК в своей лечебной практике я убедился, что у них слишком много недругов, и не только среди фармакологов, так как они, разумеется, не хотят уступать гегемонию своих лекарств в терапевтических дозах при лечении больных, но и среди тех сильных и влиятельных медработников, которые заинтересованы в покупке за границей дорогостоящих и дефицитных препаратов в терапевтических дозах и никогда не захотят хотя бы часть их заменить дешевыми и не уступающими им по своей эффективности лекарствами в ДК.

Поэтому, чтобы добиться официального признания лекарств в ДК, потребуются сильные и влиятельные врачи и ученые с хорошими организаторскими способностями, энергичные и эрудированные.

Я также хочу предупредить, что у врачей этой группы может не быть и своей материальной базы, если они сами не найдут себе спонсоров.

Сохраняется еще надежда, что, узнав о полезных свойствах лекарств в ДК, руководство нашего здравоохранения, имея для этого больше возможностей, чем я, теперь

уже врач-пенсионер, примет решение о формировании такой группы.

В подтверждение положительных результатов, полученных при использовании лекарств в ДК, приведу несколько простых примеров.

Мне удалось установить, что прозерин в ДК при приступах стенокардии действует так же сильно и быстро, как нитроглицерин в терапевтической дозе. Кроме того, у прозерина в ДК нет ПР, характерных для нитроглицерина в терапевтической дозе, и не все больные из-за этих ПР могут его принимать.

Врачам надо знать и такой установленный мною факт, что антагонистические свойства лекарств в ДК распространяются и на ПР этих же лекарств в терапевтических дозах, что, конечно, очень важно.

Поэтому при совместном применении с препаратами в терапевтических дозах этих лекарств в ДК можно добиться, практически не изменяя действие лекарств в терапевтических дозах ослабления, ликвидации и предупреждения развития ПР, вызываемых этими лекарствами. Больные перестанут бояться, как нередко бывает сейчас, лечиться сильнодействующими лекарствами в терапевтических дозах, так как зачастую ПР для них могут быть даже опасней, чем их основная болезнь.

Хочу сразу же поставить в известность врачей, что если ПР лекарств в терапевтических дозах делить на часто и редко встречающиеся, для ликвидации редко встречающихся ПР готовить эти лекарства в ДК не так просто. Это настоящее искусство, которому не сразу можно научиться. Когда провизоры овладеют этим искусством, врачи смогут с большим успехом применять такие лекарства в ДК и для лечения других болезней.

Приведу пример, на который прошу обратить особое внимание. До сегодняшнего дня считается, что лучшим лекарством при сердечной недостаточности являются сердечные гликозиды. Теперь могу доказать наглядными примерами непосредственно на больных (конечно, если мне будет представлена такая возможность), что облегчить сердечную одышку у больных лучше и быстрее, чем сердечные гликозиды в терапевтических дозах, может гентамицин или другие антибиотики этой же группы в ДК, предназначенной для ликвидации этой их редко встречающейся ПР.

Я, например, мог бы привести сколько угодно примеров, когда одним этим лекарством, работая на «скорой», купировал тяжелые приступы кардиальной астмы. В повседневной врачебной практике я его часто назначал моим пенсионерам-сердечникам, которые без сердечной одышки не могли подняться даже на второй этаж, а после приема этого лекарства они уже не чувствовали, поднимаясь даже на 5-й или 6-й этаж. Гентамицин в этой ДК помогал больным и с такими тяжелыми заболеваниями, которые часто образно называют «бычьим сердцем», когда сердечные гликозиды на них уже не действовали.

Очередное полезное свойство лекарств в ДК я узнал, когда стал готовить их из биологически активных веществ (БАВ), уровень которых в крови больных превышал норму. Я убедился, что лекарства в ДК, приготовленные из этих БАВ, способны нормализовать их содержание в крови больных. Например, я нередко применял холестерин в ДК, когда в крови моих больных он превышал норму в несколько раз, и всегда убеждался, что благодаря холестерину в ДК уже через несколько месяцев холестерин в крови больных возвращался к норме. Этот пример с холестерином в ДК вселяет надежду на то, что если лекарства в ДК готовить из других БАВ, от которых тоже зависит развитие атеросклероза, все эти лекарства вместе с холестерином в ДК будут хорошо помогать нам, врачам, тормозить развитие этого самого распространенного и опасного заболевания пожилых людей.

Следующее свойство некоторых лекарств в ДК, о котором я хочу рассказать, пожалуй, будет самым главным среди них, потому что они могут неэффективную до сих пор профилактику многих опасных и распространенных хронических неинфекционных заболеваний (ХНЗ) превращать в такую же эффективную, какой стала для нас профилактика острых инфекционных заболеваний (ОИЗ). Я имею в виду такие ХНЗ, как ишемическая болезнь сердца и головного мозга, сахарный диабет 2-го типа, гипертоническая болезнь, которую мы раньше называли эссенциальной, часть раковых заболеваний и т. д. Однако сначала я расскажу о двух своих точках зрения, которых придерживаюсь и считаю верными. Во-первых, я считаю, что ни один живой организм не выжил бы на Земле (и думаю, что эту точку зрения разделит со мной большинство врачей), если бы эти живые организмы не умели снижать свою чувствительность к причине своего заболевания до такого уровня, при котором это заболевание уже не могло развиваться. Примером могут служить микробы, которые становятся нечувствительными к антибиотикам благодаря своему умению вырабатывать большое количество ферментов, разрушающих антибиотики.

Я также считаю, и это моя вторая точка зрения, что различать острые (ОЗ) и хронические (ХЗ) заболевания только по их продолжительности (больше 3 мес или нет) не совсем верно.

На мой взгляд, кроме их продолжительности, надо еще учитывать, что ОЗ начинаются, как правило, после однократного контакта их причин с нашим организмом, во время которого они довольно быстро, буквально за несколько часов или дней, преодолевают защитный барьер нашего организма, который мы называем иммунитетом, что приводит к развитию заболеваний. Возможно, этим и можно объяснить короткий инкубационный период ОЗ.

Для многих ХЗ обычно характерно, что они возникают после многократного контакта их причин с организмом. Такой многократный контакт можно объяснить тем, что причины многих ХЗ следует считать слабыми, так как они не могут преодолеть иммунитет организма сразу после однократного контакта с ним, но могут это сделать, когда иммунитет ослабевает до доступного им уровня. Такой доступный для них уровень может наступить при многократном контакте причин ХЗ с организмом, во время которого, как известно, чувствительность организма к причинам ХЗ повышается и за счет ее повышения иммунитет организма к причинам ХЗ, наоборот, слабеет. Когда он ослабевает до критического уровня, причины ХЗ его преодолевают и может развиваться заболевание.

Если придерживаться этих двух точек зрения, становится понятно, почему течение ХЗ характеризуется чередованием рецидивов и ремиссий. Рецидив ХЗ начинается только тогда, когда чувствительность организма к причине ХЗ повышается до определенного уровня, ведущего к обострению заболевания, а ремиссия – когда чувствительность организма после нашего лечения и отдыха больного значительно снижается.

Придерживаясь этих точек зрения, необходимо также сделать вывод, причем очень важный, что ОЗ могут начинаться и без повышенной чувствительности организма к их причинам и, наоборот, многие ХЗ без этой повышенной чувствительности, которую мы привыкли называть аллергией, начинаться и развиваться не могут. Значит, чтобы организм мог защититься от ОЗ, он должен уметь снижать свою естественную врожденную чувствительность к причине ОЗ, а чтобы защититься от многих ХЗ, организм должен быть способен снижать свою приобретенную повышенную чувствительность к причине ХЗ до уровня, при котором ХЗ уже не может развиваться.

Необходимо еще добавить, что настоящие причины многих ХНЗ до сих пор остаются неизвестными, поэтому

можно понять, почему основатель ГСЛ С. Ганеман, опираясь на закон подобия, использовал вместо них заменители причин этих заболеваний. В качестве заменителей он стал применять такие известные ему вещества, которые при испытаниях на здоровых людях своими субтоксическими дозами могли вызывать точно такие же заболевания, как и настоящие их причины у больных с теми же самыми симптомами и особенностями этих симптомов, которые он назвал модальностями.

Когда же я, начав лечить больных ГСЛ и затем, научившись готовить лекарства в ДК, решил проверить, что получится, если при ГСЛ лекарства в СМД, которыми пользуются гомеопаты, заменить на эти же лекарства в ДК, то неожиданно для себя открыл новый интересный факт, что ГСЛ после этой замены значительно повышает свою эффективность при лечении больных.

В поисках объяснения этого интересного факта я предположил, что организм должен иметь свой собственный способ защиты от заболеваний для того, чтобы готовить из причин ХНЗ или их знаменателей подходящие только ему лекарства в ДК, которые смогут защитить его от этих заболеваний. Эффективность ГСЛ при лечении болезней тогда можно объяснить тем, что ГСЛ уже заранее, снабжая организм сверхмалыми дозами заменителей причин заболевания, помогает ему готовить нужные ему лекарства в ДК. Приготовление лекарств в ДК для организма – тяжелая и отнимающая много времени работа, и он без помощи ГСЛ не всегда успевал бы готовить нужные ему лекарства в этих ДК. Я также хочу высказать еще одно свое мнение о том, что наступило время, когда ГСЛ можно будет использовать не только для лечения ХНЗ, но и для массовой их профилактики, что раньше сделать было невозможно. Я это понял после того, как стал в двух случаях ХНЗ использовать в качестве заменителей настоящих причин этих заболеваний БАВ, входящие в состав их патогенозов.

Одним таким заменителем, который я нашел, был гормон вазопрессин, входящий в состав питуитрина. Он оказался эффективным (и это я определил опытным путем) для массовой профилактики ИБС, если ее патогенез связан со спазмом коронарных сосудов. Видимо, он будет подходить и для профилактики ишемической болезни головного мозга, хотя сам я опытным путем это не успел проверить, так как не работал невропатологом. Конечно, для профилактики ИБС, развитие которой не зависит от спазма коронарных сосудов, вазопрессин в ДК подходить не будет (ИБС, имеющие другой патогенез, встречаются крайне редко, и их можно не учитывать при массовой профилактике). В эффективности вазопрессина в ДК я убедился, когда мы с коллегой, участковым терапевтом, еще в 80-е годы прошлого века на его участке в поликлинике поставили простой и совершенно не опасный для больных эксперимент. По нашей рекомендации, все его больные с ИБС в течение 1 года 1 раз в неделю по пол-чайной ложки принимали питуитрин в ДК с входящим в его состав вазопрессином. Однако надо сказать, чтобы не было в дальнейшем недоразумений, что все свои лекарства в ДК я готовлю на дистиллированной воде и назначаю их больным для профилактики рецидивов заболеваний по пол-чайной ложки 1–2 раза в неделю, а здоровым людям, тоже для профилактики, в условиях часто действующих факторов риска какого-либо заболевания – подходящее им лекарство в ДК тоже по пол-чайной ложки, но уже 1–2 раза в месяц. По моим наблюдениям, такая профилактика ХНЗ вполне себя оправдывала.

Когда мы с коллегой через год подвели итоги нашего эксперимента, то убедились, что на его участке среди больных ИБС острых инфарктов миокарда было в 4–5 раз меньше, чем на участках его коллег в этой же поликлинике, где такая профилактика, естественно, не проводилась.

Вторым найденным мною заменителем был глюкагон, но уже для массовой профилактики сахарного диабета 2-го типа. Для лечения сахарного диабета 1-го типа он не подходил, так как этот тип диабета имеет другой патогенез. Я посчитал глюкагон в ДК годным не только для дополнительного лечения сахарного диабета 2-го типа, но и для массовой его профилактики, потому что, когда я стал лечить им больных с сахарным диабетом 2-го типа (а за мою врачебную практику таких больных у меня было примерно 30), у всех этих больных без исключения сахар в крови обязательно и стабильно снижался через несколько месяцев на несколько ммоль/л, несмотря на разные модальности симптомов заболевания. Среди них были такие больные, которые после моего лечения могли отказаться от приема сахароснижающих таблеток, а для лечения своего заболевания принимали только глюкагон в ДК 1–2 раза в неделю.

Свою статью, посвященную в основном применению лекарств в ДК, я мог бы закончить рассказом о колоссальной роли глюкокортикоидов в ДК, которую они способны сыграть при лечении и профилактике многих раковых заболеваний. Почему я так превозношу эту роль глюкокортикоидов в ДК, врачам станет ясно, когда они еще раз обратят внимание на одну из многочисленных ПР глюкокортикоидов в терапевтической дозе, которая указывает, что в такой дозе они могут угнетать клеточный иммунитет организма. Это означает, что в подходящие ДК они будут его, наоборот, активизировать, в чем я много раз убеждался в своей врачебной практике.

Моя двоюродная (старшая) сестра, сама хирург, просила меня пролечить ее слишком запущенное раковое заболевание молочной железы, так как оперативное лечение ей уже было противопоказано. От химии и лучевой терапии она отказалась.

Конечно, в первую очередь я выбрал для ее лечения глюкокортикоиды в ДК, потому что они способны активизировать клеточный иммунитет организма. Регулярный прием в основном этого одного лекарства привел к тому, что через несколько месяцев сама раковая опухоль величиной с грецкий орех уменьшилась в несколько раз и, можно сказать, атрофировалась, а многочисленные метастазы подмышечной области были полностью уничтожены киллерами клеточного иммунитета организма.

Правда, она умерла через несколько лет, но уже совсем от другой болезни (ей было 89 лет).

Таким образом, в основном с помощью глюкокортикоидов в ДК я спас ее от этой страшной болезни.

Таких подобных примеров больных с раковыми заболеваниями разных органов за мою врачебную практику набралось около 20.

Когда же будет собрана группа поддержки лекарств в ДК, я с удовольствием провел бы с ней несколько семинаров, чтобы тщательно подготовить ее к борьбе за признание их в медицине, и уже более подробно и обстоятельно рассказал бы и показал врачам, как можно готовить лекарства в ДК по моей технологии и как их использовать для лечения и профилактики самых разнообразных заболеваний. Тогда после этих семинаров я мог бы надеяться, что у врачей сложится такое же твердое убеждение, как и у меня, что если им с каждым годом все чаще приходится лечить ХЗ, развитие которых почти целиком зависит от повышенной чувствительности организма к их причинам, то без лекарств в ДК, способных снижать эту повышенную чувствительность, уже будет трудно обойтись. У врачей, кроме этого, должен возрасти интерес к лекарствам в ДК еще и потому, что их можно рассматривать как одну из разновидностей биорезонансной терапии, которая с каждым годом набирает вес в медицине.

Поступила 11.01.11