

**Георгий Александрович Войтович**

**Исцели самого себя.  
О лечебном голодании  
в вопросах и ответах**

---

В 65 – Минск, «Беларусь», 1990 – 2-е издание. 128 с.

Выпущено по заказу творческой студии «Фото и жизнь» Союза  
Журналистов БССР

В  $\frac{4110000000 - 180}{M(301)03 - 89}$  БЗ 153 — 89

ББК 53.51,  
УДК 615.874.24,  
ISBN  
5-338-00515-8.

© Студия «Фото и жизнь» СЖ БССР, 1989

Вступительная статья А. Н. Кокосова

---

**Автор книги, кандидат медицинских наук, широко раскрывает механизмы воздействия лечебного дозированного голодания на организм человека, приводит примеры конкретных случаев применения этого метода, даёт рекомендации по его практическому использованию.**

**Для широкого круга читателей.**

**Настоящая книга посвящена целительным возможностям краткосрочного голодания, оно предусматривает последующее восстановительное диетическое питание. Практически речь идёт о своеобразной разгрузке от пищи путём воздержания и последующей диетической нагрузке. Отсюда читателю должен быть понятен синоним лечебного голодания – «разгрузочно-диетическая терапия» (РДТ). Последняя принадлежит к так называемым нетрадиционным, т. е. необщепринятым методам лечения. В последние годы они привлекают всё большее внимание как работников здравоохранения, так и широких слоёв населения. С одной стороны, за этим скрывается неподдельный интерес к национальным (сугубо народным) приёмам врачевания. Например, лечение травами, их настоями, некоторые физические упражнения и приёмы дыхания индийских йогов. С другой стороны, это иллюстрирует своего рода неудовлетворённость от применения традиционных методов и способов лечения. Но было бы несправедливо противопоставлять их друг другу. Необходимо, идя от факта известной полезности, глубоко и разносторонне изучать необщепризнанные ещё на сегодняшний день приёмы врачевания с**

тем, чтобы поставить лучшие из них на вооружение современной научной медицины и здравоохранения. Примером тому является иглорефлексотерапия. Всё сказанное полностью относится к лечебному голоданию.

Зарождение идеи краткосрочного голодания с целью сохранения и укрепления здоровья относится ещё к периоду расцвета культуры Древней Греции и некоторых стран Дальнего Востока.

В специальных публикациях, посвящённых истории лечебного голодания, приводится большой перечень именитых деятелей медицины, в основном, прошлого и начала нынешнего столетия, внёсших весомый вклад в научную разработку и практическое воплощение идеи «голодания ради здоровья». Однако появление антибиотиков уже в первые послевоенные годы и всё возрастающий лекарственный бум в 50-е годы и позднее, обусловленный действительно успешным развитием химико-фармацевтической промышленности, притупили интерес к немедикаментозным методам лечения болезней. Понадобилось время, чтобы осознать, что созданные химическим путём лекарства не всеисильны. Более того, мы всё чаще страдаем от последствий слишком частого применения некоторых лекарств. Появился и приобрёл печальную известность термин «лекарственная болезнь». В результате слишком широкого, иногда неоправданного, применения некоторых лекарств, в частности, антибиотиков, прямо или опосредованно повысился уровень сенсбилизации (повышенной чувствительности) населения к разного рода (в том числе привычным, бытовым) раздражителям, с развитием необычных, близких к болезни ответных реакций. Во всех промышленно-развитых странах мира повысился уровень аллергических заболеваний. Указанное обстоятельство логично реанимирует интерес к немедикаментозным методам и приёмам врачевания, в том числе незаслуженно забытым.

Среди нетрадиционных методов лечения особого внимания заслуживают те, которые повышают общую сопротивляемость организма к болезни, активизируют механизм саногенеза, т. е. сопротивление болезни. Одним из таких методов является и лечебное голодание, проводимое под наблюдением опытных в этом деле врачей, в условиях, обеспечивающих выполнение необходимых «очистительных процедур», восстановительного питания.

Большое значение в смысле «официального признания» метода лечебного голодания имели неоднократные выступления «Литературной газеты». Ответом на них явилось обсуждение вопросов разгрузочно-диетической терапии на совместном заседании (май, 1986 г.) Президиума АМН СССР и Президиума Учёного Совета Минздрава СССР, где присутствовал и выступал автор этих строк. Итогом указанного обсуждения явилось функциональное заключение, которое регламентировало практическое применение РДТ при

некоторых заболеваниях внутренних органов и нервной системы, и «лёд тронулся».

Этот метод лечения экспонировался на тематической выставке в Павильоне здравоохранения ВДНХ СССР. Вошёл в методические рекомендации для врачей, утверждённые начальником Главного управления лечебно-профилактической помощи МЗ СССР. Важным фактором плодотворного изучения метода является подключение к его научной разработке сотрудников Института питания АМН СССР.

У энтузиастов метода лечебного голодания впереди большая и интересная работа по его внедрению в практику. Считаю ненормальным существующее сегодня положение, когда, например, больной бронхиальной астмой с Дальнего Востока едет «лечиться голодом» и Ленинград. Гораздо проще обучить этому методу местных врачей и расширить «географию» применения РДТ, улучшить помощь больным по месту их жительства. В течение многих лет мы обучаем этому методу врачей из различных городов страны на базе нашей клиники. Мы будем продолжать эту работу и впредь, надеясь расширить её в условиях перестройки здравоохранения.

Не являясь традиционным, метод лечебного голодания применяется лишь с согласия и по желанию больного. Большое значение в этом имеет осведомлённость населения об этом методе, его возможностях, условиях лечения. Этой цели предназначена и настоящая книга.

Её автор – кандидат медицинских наук Г. А. Войтович хорошо известен среди энтузиастов РДТ. С 1974 года он является инициатором и пропагандистом РДТ в Белоруссии, имеет большой опыт по применению такого лечения при различных заболеваниях. Мне чрезвычайно импонирует тот факт, что Г. А. Войтович знает этот метод не только по литературе, неоднократно применял его на себе, как с лечебной целью (помня древнюю заповедь – «врач – исцелился сам»), а также с целью отработки методики лечения. Ему принадлежит авторское свидетельство на изобретение методики фракционного лечебного голодания в соавторстве с сотрудниками Белорусского НИИ туберкулёза (1979 г.) и два рационализаторских предложения. Автор изобрёл своеобразную форму «подачи» материала: вопросы-ответы, как бы беседуя с заинтересованным читателем. Георгий Александрович излагает материал увлечённо, некоторые его идеи не бесспорны, и это придаёт книге своеобразную пикантность.

Я не сомневаюсь, что книга Г. А. Войтовича найдёт отклик у читателей и не залежится на полках книжных магазинов. Это, конечно, будет способствовать популяризации описанного в ней метода лечения у населения. Но меня беспокоит иное, и я хочу предупредить будущих читателей – не рассматривайте эту книгу как своего рода домашний лечебник. Помните, что голодание даёт

**хороший лечебный эффект лишь под постоянным и компетентным  
врачебным наблюдением.**

**Вряд ли ошибусь, если скажу, что читатели этой книги в своём  
большинстве мало заботятся о сохранении своего здоровья, игнорируя  
многие факторы риска болезни, запрограммированные современной  
цивилизацией: дефицит физической нагрузки, гипокинезия,  
переедание с преимущественным употреблением рафинированных  
продуктов, бытовая токсикомания (курение табака) и др., мысленно  
уповая на то, что в случае заболевания эффективные лекарства всегда  
помогут. Содержание этой книги призывает вдумчивого читателя  
пересмотреть стереотип поведения такого рода. Мне, как врачу,  
лечебное голодание импонирует прежде «него тем, что оно мобилизует  
волю больного на активное предупреждение и преодоление болезни,  
заставляет его перейти, из разряда «пассивных наблюдателей» (при  
лекарственном лечении) в разряд активных помощников врача в  
общем деле борьбы с недугом. Здесь уместно вспомнить, что древний  
сирийский врач Фараджа, обращаясь к больному, говорил: «Смотри:  
нас трое: я, ты и болезнь; если ты будешь активно помогать мне, нам  
вдвоём будет легче одолеть болезнь». Этот совет следует  
воспринимать как руководство к действию и в наши дни.**

**Профессор  
А. Н. КОКОСОВ,  
руководитель  
отделения терапии  
ВНИИ пульмонологии  
МЗ СССР, научный  
руководитель  
Ленинградского  
городского центра  
разгрузочно-  
диетической терапии**

## ОТ АВТОРА

Периодическое краткосрочное голодание, как метод лечения болезней, имеет многовековую историю. Более того, учёными обнаружены сведения о нём в документальных источниках, созданных несколько тысячелетий назад. Однако первые попытки научного обоснования метода лечебного голодания были предприняты сравнительно недавно. В 1956 году в газете «Медицинский работник» за 14 августа в статье «По поводу одного метода лечения» президент Академии медицинских наук СССР академик А. Н. Бакулев рассказал об опыте успешного применения лечения голодом некоторых хронических заболеваний.

А. Н. Бакулев указывал на быструю способность к регенерации язвы желудка и 12-перстной кишки при голодании, на хороший обезболивающий эффект этого метода. По данным личного наблюдения президента в руководимой им клинике у больных язвенной болезнью симптом «ниши» исчезал за 12 дней полного воздержания от пищи.

В те годы жил ещё в сознании людей страх перед голодом военного времени и недоеданием в послевоенный период, и всё же именно в этот период известный хирург А. Н. Бакулев счёл необходимым обратить внимание научной и медицинской общественности на перспективы применения метода лечения голодом.

Академик призывал не отвергать слепо то, что тысячелетиями применялось людьми с пользой для здоровья, не игнорировать этот и другие методы народной медицины. По его словам, народная и научная медицина не противоречат друг другу. Автор подчёркивал, что «никакой опасности способ лечения голоданием не имеет».

С тех пор прошло более тридцати лет. Значительно расширились теоретические познания в области лечения и профилактики заболеваний методом голодания. Практика показала, что метод обладает самым широким спектром лечебного действия и приносит только положительный лечебно-профилактический эффект. Наряду с термином «лечебное голодание» специалисты стали употреблять новый – «разгрузочно-диетическая терапия» (РДТ).

К сожалению, до недавнего времени распространение метода дозированного голодания сдерживалось по ряду причин. Приведу лишь один пример. Летом 1986 года перед медицинской общественностью г. Минска выступил именитый академик. На вопрос автора о роли разгрузочно-диетической терапии при восстановлении работы иммуногенетического аппарата у больных с опухолями и радиационными поражениями академик ответил, что о применении РДТ при тяжёлых поражениях острой лучевой болезнью речи не может быть, так как поражённые ничего, кроме воды, принимать не в состоянии. Ответ академика, по специальности хирурга-онколога, красноречиво подтвердил, что в настоящее время определённая часть учёных и практиков имеют

довольно смутное представление о том, что такое РДТ, её суть и возможности.

Однако суровая правда жизни заставляет мыслящих учёных обращаться к древнейшим способам исцеления организма человека, несмотря на стереотипы сложившихся в медицине механизмов торможения. Так, полное голодание по инициативе московского академика А. И. Воробьёва было успешно применено именно больным с тяжёлой (энтеропатической) стадией лучевой болезни, пострадавшим в Чернобыле. Этот факт нашёл отражение в последних временных инструкциях по лечению острой лучевой болезни.

Новые возможности более широкой пропаганды и применения дозированного голодания открылись в период перестройки системы здравоохранения. Наиболее убедительным доказательством этого является факт возникновения в 1987–1988 гг. ряда медицинских кооперативов, где наряду с другими немедикаментозными методами лечения широко применяется дозированное голодание. С одной стороны, этот факт подчёркивает «дефицит» в оздоровлении «хронических больных» в условиях государственных и профсоюзных лечебно-профилактических учреждений и, следовательно, повышенный спрос, нуждаемость в нём населения. А с другой стороны, этот факт подчёркивает способность пусть немногочисленных врачебных кадров по этой проблеме, включаться в более широкое оздоровление населения.

В Белоруссии такие кооперативы хорошо зарекомендовали себя в Минске и Витебске. Организуются их филиалы в Подмосковье и других уголках страны. Именно благодаря внедрению РДТ в кооперативах расширилась возможность реабилитации инвалидов и оздоровления хроников. В особенности это касается группы больных, зависимых от лекарств, в основном гормональных (глюкокортикоидных) средств у страдающих бронхиальной астмой, псориазом, саркоидозом органов дыхания и т. д.

Профсоюзы, министерства здравоохранения и социального обеспечения вынуждены будут обратить на это внимание и в порядке здоровой конкуренции «разблокировать» свои стационары, поликлиники, санатории и профилактории для проникновения в их оздоровительную работу предлагаемого читателю наиболее эффективного, дешёвого и доступного метода лечения различного профиля заболеваний.

**Кандидат медицинских наук  
Г. А. Войтович**

Опыт работы по проблеме лечебного голодания, регулярное чтение лекций по РДТ на кафедре неотложной терапии Белорусского института усовершенствования врачей и среди населения, а также последние, в том числе и авторские научные публикации дают основание осветить с различных точек зрения перспективу внедрения разгрузочно-диетической терапии – этого уникального метода восстановления здоровья и профилактики заболеваний.

**ВОПРОС: В чём заключается сходство и в чём отличие понятия «голодание» в традиционном, широком значении этого слова от понятия «разгрузочно-диетическая терапия»?**

**ОТВЕТ:** Полное воздержание от пищи при потреблении воды и в двигательном режиме применяется человеком с древнейших времён. Инстинкт самосохранения подсказывает животным и детям отказываться от пищи в случаях острых и хронических заболеваний. Подобное длительное воздержание продлевает млекопитающим жизнь. Известно, если волка регулярно кормить, он теряет треть продолжительности своей жизни. Для сохранения вида в дикой природе многие живые существа способны переходить при неблагоприятных условиях бытия в состояние анабиоза, мезобиоза и гипобиоза (спячки млекопитающих зимой, а в пустынях – и в летний период) или длительно голодать в бодрствующем состоянии.

Буддийская философия, учение индийских йогов утвердили временный отказ от пищи как обязательный обряд для каждого верующего. Жрецы, монахи, древние философы, врачи воздерживались от пищи до 40 и более дней с целью совершенствования своего здоровья, а также улучшения способности к мирозерцанию. Практические результаты этого метода на многие тысячелетия опередили теоретическое обоснование механизмов его лечебно-профилактического действия. Теоретические исследования в этой области знаний получили развитие только в XX веке.

Учёные различают три варианта голода. Первый вариант – голодание в форме вынужденного недоедания, когда человек употребляет, пусть даже ничтожно малое, но какое-то количество пищевых продуктов. В одних случаях пища низкого качества или неполноценная по составу незаменимых аминокислот, недостаточных по количеству белков, витаминов и т. д. В другом случае – она не соответствует даже необходимому минимуму калорий. Такое питание не может обеспечить элементарное энергоснабжение и полноценное питание клеток. Органы и системы недополучают при этом даже минимума нормы питательных веществ, энергетических ресурсов. В то же время даже это ничтожно малое количество пищи не позволяет организму переключаться на так называемый полноценный внутренний (эндогенный) режим питания. При этом быстро и нерационально расходуются жировые, резервные запасы организма. Подобный вариант голодания имел место в концентрационных



лагерях (Освенциме и др.) или во время блокады Ленинграда, в период стихийных бедствий. К этому варианту относятся «голодные» диеты с однообразным, ограниченным питанием. Иногда в результате применения некоторых лекарственных средств для «похудения» нарушаются процессы внутриорганного синтеза. При этом создаётся дефицит и ухудшается качество синтезированных белковых и других биологически важных структур организма человека. Этот вариант похудения, также как и голодание в форме длительного недоедания, может приводить, в конце концов, к дистрофическим изменениям внутренних органов. Такие формы голодания и методы снижения веса не обеспечивают лечебно-профилактического эффекта, а наоборот, создают условия для развития болезней.

Однако «голодные» диеты ещё широко применяются среди населения и даже по рекомендации некоторых врачей. Такие люди, в том числе и врачи, необоснованно отождествляют подобные диеты: «английские», «французские» и т. д., с методом дозированного лечебного голодания, что дезориентирует пациентов. Эти эксперименты доводят больного до таких истощений, что, в конце концов, приходится восстанавливать их здоровье специалистам по РДТ. Многим из них достаточны рекомендации по пищевому режиму питания. В отдельных случаях приходится применять, как ни странно это звучит, другой вид голодания – лечебный.

Один из натуропатов, ученик Х. Шелтона, восстанавливал здоровье киноактрисам, которые доводили себя до такого истощения определёнными методами и медикаментами, что это состояние организма не позволяло им набрать нормальный вес. Достаточно было провести два-три курса лечебного голодания всего по 10–12 дней, и эти «экспериментаторы» вновь восстанавливали свой нормальный внешний вид и вес.

Автору довелось лечить голоданием худых женщин, вес которых после Ленинградской блокады многие годы не мог прийти в норму. Кроме того, они страдали и от некоторых хронических заболеваний. Худые пациентки согласились лечиться РДТ, но поначалу не очень-то верили в благоприятный исход. Каково же было их изумление, когда после повторных курсов дозированного голодания, они смогли избавиться от хронических заболеваний и, впервые за многие годы, восстановили нормальный вес.

Второй вариант голодания млекопитающих – это состояние гипобиоза в период зимних или летних (в пустынях) спячек. Имеются мелкие млекопитающие в пустынях, которые при неблагоприятных условиях могут на протяжении трёх лет переходить от зимней в летнюю спячку и наоборот.

У животных в состоянии гипобиоза происходит переключение организма на полноценный внутренний режим питания. Сути его коснёмся ниже. Следует только оговориться, что в этот период организм расходует весьма экономно свои жировые запасы. Если разложить энергетические

запасы на часы, дни, месяцы, то окажется, что только для поддержания сердечной деятельности этим живым существам запасов жира и других питательных веществ как будто бы не должно хватать и на десятую часть всего срока зимней спячки. В действительности же этих запасов хватает на самую продолжительную зиму. По-видимому, мало кто из читателей задумывался над тем, почему так происходит.

В период гипобиоза животных сроки физиологического голодания наиболее длительные. В это время срабатывают основные механизмы, составляющие суть лечебного голодания. Но эти лечебно-восстановительные процессы так же сокращаются (нивелируются) рядом отрицательных моментов гипобиоза: длительная обездвиженность животных, их разобщённость между собой в течение многих месяцев в году. Они при этом не потребляют воду, которая позволяет более полноценно расщеплять организму собственную жировую резервную ткань и т. д. Гипобиоз в основном необходим для диких животных. В живой природе это один из важных факторов сохранения жизни (выживание). Но он совершенно неприемлем для лечения пациентов. Если этот вариант голодания и будет когда-либо использован человеком, то, пожалуй, при освоении космического пространства. В наше время состояние, подобное гипобиозу, в виде уникальных мистических представлений способны демонстрировать публике наиболее опытные индийские йоги. Их могут в таком состоянии замуровывать, закапывать в землю на срок более месяца. Затем их извлекают «на свет божий», и они, как бы просыпаясь, продолжают жить обычной жизнью. В период такого гипобиотического состояния все процессы в органах и системах человека значительно замедлены, но полноценны. Организм в этом состоянии так же не терпит никаких заметных издержек. Жизнь в гипобиозе ни на секунду не прекращается. Нечто подобное наблюдается и при летаргическом сне. Но это уже патологическое состояние в плане реакции организма человека на какой-то болезнетворный фактор с целью его относительной компенсации.

Современные научные исследования показали, что в период гипобиоза экспериментальные животные без вреда для собственного здоровья переносят повышенные дозы ядов, радиоактивного облучения, а также не погибают и не болеют от искусственного заражения их микробами, вирусами и т. д. Это подчёркивает более высокий уровень защитно-приспособительных возможностей организма млекопитающих при таком варианте существования живой материи. В состоянии анабиоза живые существа (некоторые микробы, грибки) могут выживать даже в условиях вечной мерзлоты.

Таким образом, полноценное внутреннее питание в осложнённых (экстремальных) условиях жизни обеспечивает более надёжную защиту от различных внешних и внутренних вредных воздействий в плане сохранения вида живых организмов. Можно смело утверждать, что наряду с процессом размножения, циклическое переключение животных и низших

живых существ на полноценный внутренний режим энергоснабжения и питания является важным фактором сохранения видов живой материи.

Третий вариант голодания присущ в большей степени млекопитающим, в том числе и человеку, которые не входят в гипобиоз. Возможно, в процессе эволюции они отошли от этого принципа сохранения живой материи. Этот голод сопровождался полным воздержанием от приёма пищи внутрь в бодрствующем состоянии с определённым водным и двигательным режимом. При этом сроки физиологического голодания сокращены в сравнении с гипобиозом. У каждого животного они разные, у человека они редко превышают 40–45 дней голодания. Этот вариант голода, как и предыдущий, обеспечивает переключение организма на полноценный внутренний режим питания. Это и есть лечебное голодание, или иначе называемое РДТ, полноценное эндогенное питание. Внутреннее питание отличается от пищевого тем, что восстанавливает, а не разрушает работу иммуногенетического аппарата человека (млекопитающих) и низших живых существ. При восстановлении генетического аппарата все органы и системы человека так же восстанавливают свои функции. Поэтому лечебное голодание можно без преувеличения назвать оздоровительным питанием каждой физиологической клетки. В этот период клетки питаются настолько правильно и полноценно, что их внутриклеточный биосинтез продуцирует улучшенного качества нуклеиновые кислоты (основа генетического аппарата). А от качества синтеза нуклеиновых кислот зависит качество и других биологических структур всего организма. При этом ликвидируется напряжение в работе иммунной и ферментативной систем по уничтожению некачественных нестандартных для конкретного организма белковых соединений.

Таким образом, можно смело сделать вывод, что РДТ – полноценное эндогенное энергоснабжение выгодно отличается от пищевого тем, что является более качественным вариантом питания живой материи.

**ВОПРОС: Каким образом происходит переключение организма человека на полноценное (восстановительное) эндогенное питание?**

**ОТВЕТ:** Полноценное переключение на внутренний режим питания требует абсолютного исключения пищевого энергоснабжения (даже напитков, содержащих калории) и происходит за счёт сдвига кислотно-щелочного равновесия крови в организме в сторону кислой среды и развития компенсированного (саморегулируемого) ацидоза (подобного дыхательному ацидозу). Академик М. Ф. Гулый его ученики, а также зарубежные учёные отмечают, что при изменении кислотно-щелочного равновесия в сторону кислой среды ускоряются процессы усвоения (фиксации) клетками углекислого газа. Иными словами, по законам химии кислая среда плазмы крови легче отдаёт, а клетки крови и клетки кровеносных сосудов более активно в этот период фиксируют растворимый в крови  $\text{CO}_2$ .

Работами профессора М. И. Волского и его последователей установлено, что усвоение клетками азота воздуха также ускоряется при изменении кислотно-щелочного равновесия крови в сторону кислой среды. Таким образом, азот наряду с углеродом, более активно насыщая клетку, способствует улучшению биосинтеза в ней белковых и других соединений. Доказано, что углерод  $\text{CO}_2$  в клетке преобразуется в углерод органических веществ (Эванс, Кребс и др.). Иначе говоря, при повышенном усвоении клетками  $\text{CO}_2$  срабатывает система по принципу фотосинтеза (самая идеальная биосинтетическая система в природе), и в сочетании с повышенным потреблением азота из воздуха создаются наиболее благоприятные условия для качественного построения нуклеиновых кислот, белков и других биологически активных веществ, необходимых для полноценной жизнедеятельности человека (млекопитающего).

В 1935 году Вуд и Веркман доказали, что птицы и млекопитающие способны «фотосинтезировать», т. е. усваивать  $\text{CO}_2$  из воздуха. Но эта способность млекопитающих в обычном режиме пищевого питания ничтожна в сравнении с «зелёным» миром или живыми существами, у которых в клетках нет ядра (прокариотами). В период зарождения и развития живой материи в атмосфере нашей планеты была значительно бóльшая концентрация  $\text{CO}_2$ . И живые структуры свободно фиксировали его, обеспечивая мощный синтез белковых и других органических соединений. Этот период можно назвать временем становления, развития и совершенствования живой природы на планете Земля.

Млекопитающие развивались уже в иных условиях, с меньшей концентрацией  $\text{CO}_2$  в атмосфере. В процессе эволюции уменьшилась способность их клеток усваивать  $\text{CO}_2$  и азот из воздуха. Но эти вещества поступают в организм с пищей. Процесс усвоения растворимого в крови углекислого газа клетками млекопитающих продолжает сохранять наиважнейшее значение в их жизнедеятельности и лежит в основе биосинтетических процессов каждой клетки, каждого органа и всех систем. Человек ничем не отличается в этом деле от других млекопитающих. Качественный и количественный синтез нуклеиновых кислот (из них состоит наследственный аппарат), а также аминокислот или других биологически активных веществ, структур организма человека прямо пропорционально зависит от процесса усвоения клетками растворимого в крови  $\text{CO}_2$ . У молодых особей этот биосинтез более совершенен и, следовательно, качественнее, нежели у стареющих организмов. Наиболее совершенный биосинтез у человека-долгожителя, низкого качества – у лиц, рождённых с дефектным генетическим аппаратом, а также у больных-хроников, которые способны передавать по наследству дефектные гены.

У млекопитающих синтез белков и других структур живой материи не может осуществляться без процесса так называемого карбоксилирования, проще говоря, той же фиксации  $\text{CO}_2$ . Чем выше уровень фиксации растворимого в крови углекислого газа клетками, тем

полноценнее проходит карбоксилирование нуклеиновых кислот. Имеется и обратная связь. Чем качественнее работает наследственный генетический аппарат, тем лучше осуществляется усвоение не только растворённого в крови  $\text{CO}_2$ , но и азота и углекислого газа из воздуха. В условиях развития ацидоза на голоде, то есть изменения кислотно-щелочного равновесия в сторону кислой среды, клетки млекопитающих начинают усиленно фиксировать  $\text{CO}_2$  и азот, приближаясь к уровню усвоения этих веществ клетками растений. Это и есть путь к полноценному эндогенному питанию.

При полном исключении на короткий период жизни человека (млекопитающего) пищевого энергоснабжения, то есть при изъятии пищи из питания, вначале происходит усиленное расщепление собственных жировых запасов организма на составные части. В первую очередь образуются ненасыщенные (жидкие) жирные кислоты. В их числе имеются так называемые высокомолекулярные ненасыщенные жирные кислоты, которые являются основой многих витаминов, гормонов и других биологически активных веществ. Поэтому клетки организма их незамедлительно используют в своих, необходимых для жизнедеятельности целях. Но конечными продуктами распада жира является ряд органических кислот, которые объединяются одним термином – кетоновые тела. Кроме того, как и при распаде любой ткани образуется углекислота, которая усваивается клетками в форме углекислого газа ( $\text{CO}_2$ ) или выделяется наружу через лёгкие. Эти конечные продукты распада жира, попадая в кровоток, изменяют его кислотно-щелочное равновесие в сторону кислой среды (ацидоза). Именно развивающийся ацидоз на голоде, подобно дыхательному ацидозу, улучшает процесс фиксации  $\text{CO}_2$  клетками или усиливает биосинтетический эффект.

Кетоновые тела при улучшении биосинтеза также более качественно усваиваются организмом, т. е. ресинтезируются в важные белковые и небелковые структуры. Однако в первые дни голодания накопление в крови кетоновых тел опережает их ресинтез. Неуклонное улучшение биосинтеза ещё не обеспечивает их достаточное усвоение организмом. Поэтому ацидоз постепенно нарастает. Наконец между пятыми-восьмыми сутками голодания наступает пик ацидоза, так называемый ацидотический криз. В этот момент усвоение клетками  $\text{CO}_2$  из крови и воздуха, а также ресинтез кетоновых тел достигает высшего уровня. Происходит качественный скачок в биосинтезе клеток человека. Он выражается в том, что накопление кетоновых тел в организме прекращается, даже несколько снижается в сравнении с их количеством в крови во время ацидотического криза. Именно в этот период биосинтез клеток человека подобен биосинтезу клеток растений, то есть клетка человека (млекопитающего) полностью разблокирована на усвоение  $\text{CO}_2$  и азота из воздуха. Это и определяет фактор полноценного внутреннего питания человека на голоде. В последующие дни после ацидотического пика кислая среда организма

сохраняется приблизительно на одном уровне, незначительно колеблясь. Между семнадцатым и двадцать третьим днями голодания отмечается второй ацидотический криз, который не достигает уровня первого ацидотического пика. Какие дополнительные механизмы включаются в этот момент в организме человека, пока ещё не ясно. Затем до конца физиологического голода (40–45 дней) ацидоз сохраняется на одинаковом уровне. Это и есть регулируемый самим организмом (саморегулируемый) ацидоз, который обеспечивает совершенное питание клеток, а значит и в целом питание, энергоснабжение человеческого организма. Характерно, что после первого ацидотического пика больные начинают терять в весе значительно меньше. Если при умеренном двигательном режиме человек в первые дни теряет по килограмму веса, то после ацидотического пика – 50–150 г. Это объясняется биосинтезом, который обеспечивает эффект плюс калории. Для того, чтобы потеря жира была более весомой, обязательным условием для лиц с повышенным весом является интенсификация двигательного режима. Некоторые больные, чтобы потерять тот же килограмм в течение дня, после ацидотического пика увеличивали двигательный режим до 30–35 км в день. У больных с примерно нормальным или пониженным исходным весом двигательный режим сохраняется в умеренном количестве до 10–15 км в день. После ацидотического криза жировая ткань расходуется у них наиболее экономно и качественно. Этот качественно иной для человека принцип питания, энергоснабжения и даёт уникальный лечебно-профилактический эффект. При этом исчезают понятия: незаменимые аминокислоты, дефицит пищевых витаминов, белков и т. д. Саморегулирующая система живого организма в это время достигает своей вершины действия.

Жировая ткань – основное сырьё для энергоснабжения физиологических клеток и усиления их барьерных функций. Клетки, которые являются наиболее слабыми в энергетическом отношении, на голоде больше других включают в себя жировые соединения. После окончания разгрузочно-диетической терапии жир в течение первых 24–48 часов пищевого питания вновь выбрасывается этими клетками в кровотоки, к примеру, обкладочными клетками желудка. Поэтому в первые дни возобновления пищевого питания из рациона рекомендуется исключение жиров. Дополнительным сырьём для ресинтеза на голоде могут быть так называемые балласт-белки, патологические клетки и очаги инфекции, которые образуются в процессе жизнедеятельности человека. Утилизация этих веществ, клеток, ненужных для жизнедеятельности организма, а также удаление из него вредных соединений через кожу, кишечник, лёгкие – один из важных элементов очистки и «расшлакирования» больного организма. К примеру, у злостных курильщиков с большим стажем во время лечебного голодания возникает отвращение к курению в связи с тем, что он сам и окружающие его люди с хорошим обонянием начинают улавливать специфический зловонный запах, выделяемый через его собственные верхние дыхательные пути. У

отдельных курильщиков за счёт неприятных выделений вызывается позыв на рвоту на 10–12 день РДТ в присутствии курящих людей.

Следовательно, и в этом плане при голодании происходит восстановление нормальной деятельности организма человека.

Активация работы наследственного аппарата на лечебном голодании выражается прежде всего в уникальной перестройке его ферментативной системы. Именно эти системы при улучшении работы генетического аппарата наиболее убедительно настраиваются на уничтожение патологических тканей, очагов инфекции опухолевых образований. Доброкачественные опухоли кожи – папилломы, если не очень большие, могут рассасываться в течение первых 10 дней голодания. Некоторые липомы (жировики) рассасываются быстро в течение первого курса РДТ. Другие, которые облачены в плотную капсулу, могут уменьшаться в размерах, но не рассасываться окончательно даже в течение 2–3 курсов РДТ. В то же время увеличения этих жировиков в объёме и количестве после такого лечения не наблюдается. Доброкачественные опухоли женской грудной железы и матки рассасываются преимущественно на втором курсе РДТ. Однако кистозные перерождения этих органов практически не поддаются обратному развитию. Это, по-видимому, связано с тем, что кровообращение таких опухолей ничтожное и ферменты, уничтожающие (лизирующие) патологическую ткань, не могут достичь этих участков поражения.

Имеют место случаи рассасывания рубцовых изменений внутренних органов. Поучителен следующий пример, больной Ю. 47 лет. Клинический диагноз: ишемическая болезнь сердца, нестабильная стенокардия, атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз аорты, мозговых и коронарных артерий, экстрасистолия. Гипертоническая болезнь II стадии. Сопутствующие заболевания: остеохондроз шейно-грудного отделов позвоночника, язвенная болезнь 12-перстной кишки с рубцовой деформацией её луковицы, экзема преимущественно верхних конечностей, зависимость от гормонов коры надпочечников (глюкокортикоидная зависимость), поливалентная (многопричинная) аллергия и другие. Больной провёл три курса фракционного варианта лечебного голодания. После первого 20-дневного курса РДТ отмечалось значительное улучшение самочувствия больного. Исчезли боли в сердце и позвоночнике, перестали беспокоить боли в подложечной области и т. д. Но на фоне положительного действия голода через две недели после возобновления пищевого питания резко обострилась экзема. Больной был предупреждён о возможности реактивации экземы на промежуточном этапе лечения, поэтому не возобновил гормональных мазей, а ограничил в питании животного происхождения белки и снял обострение экземы болтушками (лекарствами, не содержащими гормонов). После второго курса дозированного 22-дневного голодания у больного была отмечена стойкая ремиссия всех хронических заболеваний, в том числе и экземы. Третий курс РДТ был проведён как профилактический через 2 месяца после

второго. Через полтора года стойкой ремиссии заболеваний у больного появилось предложение о выезде на работу за границу. В результате двух гастрофиброскопических исследований желудка установлено, что желудок и 12-перстная кишка не имеют патологических рубцовых изменений, деформаций, которые до лечебного голодания определялись на протяжении более 10 лет.

Таким образом, давняя мечта доцента, педагога, учёного осуществилась благодаря эффекту РДТ.

Дополняя этот случай исцеления, следует отметить, что на протяжении всех проводимых курсов дозированного голодания больного отговаривали окружающие, в том числе и врачи, прекратить метод лечения в связи с таким сложным комплексом заболеваний. Заведующая терапевтическим отделением поликлиники по месту жительства, врач Я-ва, неоднократно убеждала больного в том, что он напрасно тратит время на дозированное голодание при заболевании, которое не поддаётся лечению даже такими сильнодействующими средствами, как гормоны. Именно этот врач препятствовала выдаче положительной справки о состоянии здоровья для поездки за границу и заставила больного повторно провести гастрофиброскопическое обследование желудка и 12-перстной кишки.

Пациент Ю., интеллигентный человек, до последнего момента не раскрывал лечащему врачу, автору книги, какое негативное отношение было у врачей поликлиники к РДТ, которые наблюдали за его лечебным процессом в домашних условиях. И когда он отразил все психологические атаки, выздоровел и получил от противников РДТ соответствующую справку для поездки за границу, только тогда он рассказал обо всём специалисту по лечебному голоданию. К сожалению, не все пациенты выдерживают атаки с негативным отношением к голоданию.

Компенсированный ацидоз на лечебном голодании, напоминающий дыхательный, отличается от ацидоза при обострении многих хронических заболеваний, при котором компенсаторно-приспособительные механизмы включаются недостаточно и не преобладают над патологическими хроническими процессами (метаболический ацидоз). Кстати, у хроников при развитии заболевания прежде всего уменьшается усвоение клетками углекислого газа. В конце концов, у пациентов компенсаторно-приспособительные механизмы при обычных методах врачевания или без всякого лечения постепенно истощаются. Ацидоз при этом может достигнуть уровня неуправляемого (декомпенсированного). И тогда он становится угрозой для жизни больного, например, при диабетической коме у диабетиков или при астматическом состоянии у больных бронхиальной астмой и ряде других случаев.

Однако своевременное применение голода при декомпенсированном ацидозе способно обеспечивать в течение суток перевод организма в компенсированный ацидоз за счёт выраженной активизации функции так называемого общего адаптационного синдрома (гипоталамус, гипофиз,



надпочечники, тканевые гормоны местного значения) и восстановления процессов фиксации клетками  $\text{CO}_2$ .

По результатам научных исследований через 24 часа голодания у человека резко увеличивается секреция гипофизом соматотропного гормона (гормон роста). Он же снимает интоксикацию организма через благотворное воздействие на щитовидную железу.

Одновременно гормон роста активизирует гормон поджелудочной железы глюкагон и обеспечивает усиление так называемой внутриклеточной системы циклического аденозинмонофосфата (цАМФ). Этот нуклеотид усиливает расщепление собственного жира (липолиз), отвечает за качество синтеза нуклеиновых кислот, улучшает состояние мембран клеток. В то же время нуклеотид способен уменьшать белковый антагонизм в организме, нейтрализуя медиаторы (активаторы) аллергического воспаления при иммунопатологических реакциях, то есть цАМФ выполняет очень важную, так называемую иммуносупрессорную функцию организма на уровне клеток. Этот факт в итоге как бы снимает нагрузку на иммунную систему и по принципу саморегуляции способствует её нормализации.

В то же время сам гипоталамус, образно говоря, пульт управления нервной и эндокринной системами, под действием голода-активатора выделяет тканевые нейрого르몬ы, способные затормозить действие фермента, разрушающего циклические нуклеотиды. Такая нейтрализация обеспечивает более стойкое повышение внутриклеточного нуклеотида. Таким образом, на голоде, уже на этапе к ацидотическому пику, срабатывают адаптационные реакции организма, направленные на Снятие интоксикации, нормализацию белкового антагонизма, восстановление работы иммунной системы, генетического аппарата, барьера клеток, нейтрализацию аллергических реакций в организме и т. д.

Сами по себе симптомы или комплекс симптомов (синдромы) хронических заболеваний в большей или меньшей степени обеспечивают относительную компенсацию болезнетворного (патологического) процесса. К примеру, температурная реакция организма активизирует иммунитет (защитную реакцию организма) к болезнетворным агентам, чаще к микробам, вирусам. Болевой синдром усиливает обезболивающий эффект внутри организма, активизируя так называемые опиатные рецепторы, выделяющие внутренние наркотические вещества, и т. д. Но наибольшего интереса для читателей заслуживает спазм бронхиального дерева при бронхиальной астме. Этот синдром уподобляется во многом действию лечебного голодания. На аллергическое воспаление в бронхо-лёгочном аппарате возникает комплекс патологических реакций, всегда задерживающих выдох. В крови за счёт этого развивается дыхательный ацидоз, который восстанавливает, а затем и усиливает процесс усвоения клетками  $\text{CO}_2$ , то есть пусть даже на короткое время наступает приступ бронхиальной астмы, но всё равно при этом включаются механизмы, улучшающие качество биосинтеза. За счёт бронхоспазма нормализуется

работа нуклеотида цАМФ, который в период приступа нейтрализует медиаторы аллергического воспаления. На высоте приступа, действительно, в крови не находят ни одного медиатора аллергии. Одновременно сам приступ бронхиальной астмы активизирует гипоталамус, гипофиз, которые через свои каналы так же в конце концов улучшают эффект нейтрализации аллергии. Такое комплексное воздействие, во-первых, решает вопрос восстановления проходимости бронхиального дерева и затем снимает приступ бронхиальной астмы порой без вмешательства извне. Во-вторых, своими действиями бронхоспазм в значительной степени восстанавливает общие адаптационные реакции организма и иммунопогашающую функцию клеток продолжено (продолжено). Таким образом, эффект защиты от аллергического воспаления продолжает сохраняться ещё долгое время после приступа. Вот почему в начале заболевания бронхиальной астмой даже при регулярном контакте аллергена с организмом приступы удушья возникают редко, 1–2 раза в год. И если не лечиться активно современными лекарствами, то можно страдать от приступов астмы, но жить долго. Так и было раньше в добрые для астматиков старые довоенные времена, когда от этого заболевания больные практически не умирали, доживали до глубокой старости. Но вот в послевоенные годы в США, Англии, а затем и у нас в стране были внедрены два варианта медикаментозного лечения. Это гормональная глюкокортикоидная терапия и лечение преимущественно в ингаляторах средствами, действующими на нервные окончания (адренергические рецепторы эфферентных клеток). И в результате появилось много тяжёлых больных, которым угрожал смертельный исход. А затем появились и смертельные исходы. Сейчас это обычное явление. Оказалось, что лекарства, их называют симпатомиметики прямого действия, через нервные окончания (мембрану клеток) быстро активизируют нуклеотид цАМФ и тем самым незамедлительно купируют бронхоспазм. Но эти химические соединения в мембранах с ферментом (хеморецептором) образуют неудобный (нестандартный) для организма белок, который с этого момента постепенно губится собственной иммунной системой. Таким образом, ослабленный болезнью рецептор нервной клетки под действием современного «лекарства» ещё больше усугубляет свои функциональные возможности, а затем вообще перестаёт работать. Кроме того, часто при этом происходит обратный эффект, когда этот хеморецептор не активизируется, в наоборот – блокируется промежуточными продуктами распада химиопрепаратов. Рецепторы быстро, в течение 2–3 лет и даже скорее, выходят из строя. Уже на ранних этапах развития астмы больные вынуждены всё чаще и в возрастающих количествах дышать этими или подобными им лекарствами, принимать эти вредные для нервных окончаний средства – становятся зависимыми от таких лекарств. Наконец наступает период, когда лекарства действуют парадоксально – усугубляют бронхоспазм. Развивается угрожающее для жизни астматическое состояние, при котором может наступить смерть,

если не принять глюкокортикоидные гормональные средства (гормоны коры надпочечников), которые способны заставить функционировать эти нервные окончания. Но при этом введённые извне в организм гормоны разрушают окончательно работу иммуногенетического аппарата, и создаётся ещё больший порочный круг. Можно смело назвать такое лечение шарлатанским. Но до сих пор им пользуются тысячи больных бронхиальной астмой, и врачи часто предпочитают эти методики другим, более совершенным. Воистину нужны революционные меры перестройки в лечении хроников в органах здравоохранения. Иначе растёт и будет расти число инвалидов. Больные гибнут и будут гибнуть в молодом возрасте, а врачам только остаётся разводиться руками. Если в начале заболевания бронхиальной астмой болезнь можно оборвать различными йоговскими приёмами, иглотерапией, сегментарным массажем, лечением в шахтах, вариантами обычных закаливании, то при возникновении зависимости пациента от симпатомиметиков прямого действия (ингаляторов) и гормонов можно вырваться из этого порочного круга только методом дозированного голодания.

Как ранее указывалось, при проведении первого курса РДТ у человека переключение на полноценное внутреннее (эндогенное) питание происходит на 5–8 день голодания (при условии полного исключения пищевого питания). При повторных курсах этот эффект достигается быстрее и на 3–5 сутки. У молодых здоровых людей ацидотический пик наступает раньше, у пожилых и запущенных хронических больных позже. Сам факт более быстрого и более выраженного ацидотического пика при повторных курсах говорит за пролонгированное (продолженное) восстановление биосинтеза, а следовательно, и более стойкое восстановление здоровья у человека.

При переключении на полноценный эндогенный режим питания необходимость в активации гормона роста отпадает, его выработка гипофизом приходит через 5–7 дней к нормальным показателям. Профилактику интоксикации и другие положительные эффекты с этого момента обеспечивает качественно иная, более совершенная система биосинтеза, которая при РДТ в первую очередь доводит белковый антагонизм у человека до минимума. Именно на этом этапе наибольшего эффекта достигает саморегулирующаяся система живого организма. Достаточно привести пример. Надпочечники у хроников на голоде к 14 дню голодания выделяют глюкокортикоидных гормонов больше, чем у здорового человека. Эти гормоны обеспечивают противоаллергический, противовоспалительный и другие эффекты.

Таким образом, полноценное эндогенное энергоснабжение оказалось единственным вариантом восстановительного питания, при котором не только активируются, но и восстанавливаются иммуногенетический аппарат и общие адаптационные способности человека.

## **ВОПРОС: Какие методы, подобно РДТ, улучшают биосинтез в организме человека?**

**ОТВЕТ:** Помимо РДТ, имеется ряд других факторов, способствующих улучшению биосинтеза нуклеиновых кислот и других веществ, необходимых для жизнедеятельности человека (млекопитающего).

Второе дыхание у бегуна возникает в результате развития у бегущего человека дыхательного компенсированного ацидоза. И этот дыхательный ацидоз в значительной степени обеспечивает повышенную фиксацию  $\text{CO}_2$  клетками. Если бы у марафонцев не срабатывал этот эффект, то его жировой резервной клетчатки не хватило бы и на половину пути.

Фиксация дыхания упражнениями по системе йогов и их дыхательной гимнастикой даже без особого двигательного режима обеспечивает разный по срокам и интенсивности, но управляемый (компенсированный) дыхательный ацидоз, следовательно, способствует повышению фиксации  $\text{CO}_2$  и азота клетками. В комплексе с проводимыми йогой голоданиями эти систематические упражнения постоянно поддерживают работу их иммуногенетического аппарата на наиболее высоком уровне. Таким образом настоящий йог сохраняет качество работы своего иммуногенетического аппарата лучше любого бегуна. Вот почему йоги относятся к категории людей-долгожителей. В этом плане их образ жизни изучается как советскими геронтологами, так и многими зарубежными учёными различных научных центров.

Система «йога» в Индии взята на широкое вооружение всех слоёв индийского общества. Она преподаётся в школах и колледжах, то есть приняла государственную основу воспитания с целью не только совершенствования своего тела, но и сохранения здоровья. При такой системе можно весьма скромно питаться без каких-либо издержек для организма. Именно так и питаются йоги-долгожители.

Существует много модификаций дыхательной гимнастики йогов с фиксированным дыханием (система К. П. Бутейко, И. С. Гулько, П. К. Иванова и др.). Все они основаны на одном и том же принципе – насильственная волевая задержка дыхания с повышением фиксации  $\text{CO}_2$  клетками, что роднит их с РДТ и в то же время значительно отличает по широте и силе восстановительного воздействия на организм человека.

РДТ не сопровождается насильственной задержкой дыхания. Дыхание на голоде замедляется вторично в связи с тем, что в период ацидоза более значительная часть  $\text{CO}_2$  не доходит до лёгких, усваиваясь по дороге клетками сосудов и крови. За счёт этого газообмен в лёгких уменьшается. Таким образом замедляется ритм дыхания у активно голодающего пациента. Управляемый ацидоз на РДТ придуман самой природой, а не человеком, и он наиболее комплексно и безопасно развивается за счёт накопления в крови не столько  $\text{CO}_2$ , сколько кетоновых тел. Эта кислая среда крови во время РДТ может естественно в физиологических условиях

сохраняться несравненно более длительное время, чем дыхательный ацидоз. Не часами, а десятками дней. Возможно, поэтому голод более мощно и комплексно восстанавливает организм человека. Вот почему компенсированный ацидоз голода обеспечивает и качественно и количественно наиболее убедительный положительный лечебно-профилактический эффект в сравнении с другими натуральными методами лечения.

Вышеперечисленные и другие приёмы дыхательного ацидоза могут применяться самостоятельно в качестве лечебно-профилактического воздействия детям и взрослым в период более ранних стадий развития различных хронических заболеваний. При далеко зашедших состояниях заболевания они могут служить только хорошим вспомогательным средством восстановления систем и органов человека при проведении дозированного голодания. Кстати, в современных инструкциях по РДТ рекомендуется применение и дыхательной гимнастики с задержкой (фиксацией дыхания), и сегментарного или точечного массажа, и водные процедуры и т. д.

Все эти натуральные лечебные мероприятия через активацию так называемого общего адаптационного синдрома в той или иной степени усиливают, улучшают биосинтетические процессы в организме. Это всё идёт в «копилку» пролонгированного восстановления органов и систем человека, проводящего РДТ.

Некоторые специалисты по йоговской дыхательной гимнастике эмпирическим путём пришли к тому, что обнаружили у больных на голоде более быстрое приобретение навыков по управляемому дыханию. На РДТ, естественно, замедляется ритм дыхания и сердечных сокращений, поэтому больным, в особенности с дыхательной недостаточностью, проще и легче отрабатывать эту гимнастику с фиксацией выдоха (удлинять ритм дыхания). Фиксация дыхания при плавании под водой также легче осуществляется во время голодания. Поэтому держаться под водой на голоде можно значительно дольше.

Среди других факторов, способствующих повышению качества синтеза нуклеиновых кислот заслуживает особого внимания снижение температуры физиологических клеток (лечение холодом). Кстати, в период РДТ отмечается некоторое снижение температуры тела.

В Японии учёными отрабатывается метод снижения температуры клеток человека в аппаратных условиях. Специально оборудованные кабины позволяют на непродолжительное время снизить температуру некоторых клеток кожных покровов. Учёными получены первые результаты лечения – длительные ремиссии такого заболевания, как ревматоидный артрит (болезнь преимущественно проявляется в суставах). При этом хроническом заболевании рушатся все барьеры организма, вплоть до последнего, соединительнотканного. Заболевание относится к диффузным болезням соединительной ткани. Однако живая материя оказалась настолько совершенной, что даже в подобных случаях можно

успешно восстанавливать человеческий организм, то есть продлевать таким образом жизнь людей.

Это научно-медицинское направление наряду с РДТ имеет перспективу в современном здравоохранении. Скромное улучшение биосинтеза и повышение фиксации  $\text{CO}_2$  осуществляется рядом лекарств. К примеру, такой препарат, как дибазол, при введении в организм изменяет временно его кислотно-щелочное равновесие в кровеносном русле в сторону кислой среды и в то же время не наносит ущерба. Тем самым дибазол улучшает биосинтез в организме пациента. Поэтому этот препарат вначале применялся как средство, снижающее артериальное давление у гипертоников, а затем нашёл более широкое применение, в том числе и как иммунокорректор. Чем уже действует лекарственное средство на системы и органы человека, тем больший эффект рикошета (побочного действия) наблюдают врачи. Чем шире амплитуда деятельности лекарств и методов, тем меньше эти препараты приносят вреда организму. Исключение составляют лекарства, которые обладают прямым действием против причины заболевания. Примером может служить специфическое лечение многих инфекционных и паразитарных заболеваний.

Более пристального внимания органов здравоохранения должны заслуживать лекарства, обладающие улучшением биосинтеза при введении в организм комплекса микроэлементов. По данным работ академика М. Ф. Гулого, процесс фиксации  $\text{CO}_2$  клетками усиливается при применении многих микроэлементов и ряда ионов. К примеру, калий, магний, марганец и др. улучшают процессы фиксации  $\text{CO}_2$ , пусть даже незначительно. Зато натрий, кальций, наоборот, усугубляют эти процессы. Значительно более эффективно в этом отношении введение в организм нескольких или комплекса микроэлементов и ионов, которые улучшают биосинтез в организме. К наиболее совершенным лекарственным иммуновосстановителям относится древнейшее народное средство – мумиё. Оно содержит практически весь арсенал микроэлементов, улучшающих биосинтез. Вот почему регенерация поражённых внутренних органов на фоне своевременного и адекватного применения этого лекарства осуществляется в основном путём эпителизации (заживлением без рубца). Подобными действиями, но не столь выраженными, обладают и ряд других лекарств – иммуногенетических восстановителей: золотой корень, элеутерококк, женьшень, диаскорейя кавказская. Спектр действия иммуновосстановителей среди лекарственных средств наиболее широк. Мумиё применяется населением при самых разнообразных заболеваниях: травматологических, эндокринологических, неврологических, кардиологических, пульмонологических, желудочно-кишечных, хирургических, онкологических и т. д. Ленинградский институт онкологии (профессор К. Ф. Блинова) в 1980 году сообщил о противоопухолевой активности мумиё в опытах на экспериментальных животных, заражённых самой злокачественной опухолью – лимфосаркомой «Плисса». При даче

больших доз мумиё (250 мг на килограмм массы веса) у этих млекопитающих отмечено торможение роста этой лимфосаркомы.

Назрела необходимость фармакологической службе не ограничивать применение мумиё только лишь потому, что иммуновосстановительный эффект из разных источников этого лекарства различается по силе воздействия, и его якобы трудно дозировать. Опыт применения мумиё показывает, что если даже случайно увеличить дозу в 10 и более раз, никаких побочных явлений со стороны организма не наблюдается. Так и должно быть при восстановлении работы иммуногенетического аппарата. Следовательно, проблем в определении дозировок мумиё не существует. Вначале можно больному дать обычные или адаптационные дозы, и если эффект оказывается недостаточным, смело следует увеличить количество принимаемого лекарства, не опасаясь за последствия. Вот и вся проблема, которая встала на пути широкого применения этого совершенного лекарства. Попытаться наладить промышленную добычу лекарства мумиё или создать его аналоги для обеспечения широких слоёв населения – перспективная задача органов здравоохранения.

Интересным и недостаточно изученным является принцип лечения больных с ишемической болезнью сердца и другой патологией методом локализации тела до уровня шеи пациента в специальном мешке, наполненном CO<sub>2</sub>. Метод проводится в Москве в Центральном институте курортологии и физиотерапии. По-видимому, он имеет перспективу развития, если будет обнаружено, что клетки кожи при этом успешнее обычного усваивают углекислый газ извне организма.

Наибольший интерес представляет опыт применения лазерных лучей в медицине. В определённой дозировке с длиной волны 0,63 мкм этот красный поток лучей обладает местным регенерирующим эффектом по типу РДТ и мумиё, то есть без образований рубца, путём эпителизации свежих язв 12-перстной кишки и желудка.

Лазерные лучи – это обычные световые лучи, только не с радиальным, а параллельным направлением фотонов в плотном пучке. Для обеспечения эффекта фотосинтеза, по-видимому, в этом случае достаточно усилить на клетку пучок этих фотонов. Таким образом, можно предположить, что лазерный луч будет весьма широко применён в медицине в качестве восстановителя работы иммуногенетического аппарата.

Самый современный метод в здравоохранении перспективен несомненно. Воссоединение (синергизм) древнейшего иммуновосстановительного метода – голодания и самого современного – лазерного луча, будем надеяться, расширит возможности их применения в медицине.

**ВОПРОС: Имеет ли свои особенности история развития этого метода лечения, в том числе в СССР и БССР?**

**ОТВЕТ:** Как отмечалось ранее, истоки применения полного дозированного голодания с лечебной и профилактической целями уходят в глубь тысячелетий. Лечебно-профилактическое значение голодания было известно в древних Египте, Индии, Греции и Риме.

В главном руководстве по врачебной науке Тибета Жуд-Ши (IV век до н. э.) указывалось на лечение голоданием и упитыванием.

По преданию, Будда и Иисус Христос проводили длительное голодание. Аскетический образ жизни древними обожествлялся. Ни для кого не секрет, что этот приём (атрибут), называемый «чистый пост», был предусмотрен наиболее древними религиями для более длительного воздержания от пищи священнослужителями и короткими сроками для всего вероисповедующего населения.

Сократ и Платон регулярно проводили профилактические многодневные курсы голодания, которые, по их мнению, способствовали достижению «высшей степени умственного проникновения». Пифагор с той же целью систематически голодал по 40 дней и заставлял голодать своих учеников, считая, что это «повышает умственное восприятие».

Знаменитые врачи древности Гиппократ, Авиценна, Асклепиад, Плутарх, Аулюс Корнелиус Цельсус и др. успешно лечили людей методом дозированного голодания.

В средние века венецианец Л. Корнаро указывал на целесообразность применения полного голодания и подчёркивал, что этим продлевается жизнь человека. Неаполитанский врач А. Феррас рекомендовал больным длительное воздержание от пищи даже при лечении такого заболевания, как сифилис. Немецкий врач Везракве применял голодание в комплексе с медикаментами для лечения сифилиса. Фридрих Гоффман сообщил о благотворном влиянии голодания на полнокровие, а также злокачественные язвы, экзему, катаракту и другие заболевания. Другой немецкий учёный Х. Р. Гуфеланд (1956 г.) в книге «Искусство продлить человеческую жизнь, макробиотика» ориентировал на лечебное голодание. Швейцарский медик Парацельс и английский врач Чайн широко применяли голодание при различных заболеваниях внутренних органов.

В XVIII–XIX веках лечебное голодание наиболее широко практиковалось в Германии, Англии, Франции и Швейцарии.

В России первые сообщения, указывающие на лечебный эффект голодания, появились в XVIII веке. Вениаминов (1769 г.) рекомендовал лечебное голодание при хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта. В 1822 году профессор Л. А. Струве был активным пропагандистом лечебного голодания.

Профессор Московского университета И. Г. Спасский (1834 г.) успешно применил голодание при упорном течении ряда хронических заболеваний. Н. Л. Зеланд (1888 г.) внёс большой вклад в проблему лечебного голодания как исследователь-экспериментатор.

В Америке голодание с лечебной целью впервые применил в 1877 году Э. Дьюи. Этот специалист был сторонником длительных курсов



голодания. Этим методом он лечил ожирение, многие желудочно-кишечные и другие хронические заболевания внутренних органов.

Ученица Дьюи Линда Хаззард ввела дополнительно приёмы к голоданию: водные процедуры, массаж, гимнастику. Она заостряла внимание на том, что люди вполне могут переходить на вегетарианское питание после лечебного голодания. В действительности многие пациенты после РДТ безболезненно и без каких-либо издержек для организма переходят на вегетарианский образ жизни. Ведущий пропагандист, учёный и практик дозированного голодания в стране, профессор Юрий Сергеевич Николаев является вегетарианцем вот уже более полувека.

Врач Тайнер (1880 г.) называл это лечение «эликсиром молодости». До голодания Тайнер сам отличался слабостью и болезненностью. Однако в возрасте 52 лет, когда терять уже было нечего, он провёл 40-дневное голодание и избавился от своих «болячек». Прожил Тайнер ещё 31 год. Вообще натуропаты Америки в результате регулярного лечебного голодания демонстрировали своё долгожительство.

Опыт Макитчена, Х. Шелтона, Алсанфа, Вегера, Тилдена и других указывает на успешное применение лечебного голодания в ряде случаев заболеваний раком молочной железы и желудка, излечение больных с лейкемией и злокачественным малокровием. Де-Вриз обращает внимание и на успешное лечение туберкулёза, цирроза печени, Аддисоновой болезни, тиреотоксикоза, полиомиелита и многих других заболеваний методом дозированного голодания, который другими авторами считался противопоказанным.

Но к подобным публикациям натуропатов серьёзного отношения в научном мире пока не было.

Дело в том, что фармакологические концерны США не допускают врачей и учёных прямо или косвенно к практическому применению и научному изучению метода лечебного голодания. Это им невыгодно. Они конкуренты этого метода. Фармакологическая мафия пытается взять под свою опеку максимум врачей и учёных, «подкармливая» их денежными дотациями.

Конец XIX и начало XX веков ознаменовались новым событием в проблеме голодания. Начались экспериментальные исследования, которые внесли первый вклад в теоретическое обоснование механизмов действия этого эффекта.

Ещё в опытах Н. Л. Зеланда (1888 г.) на петухах, подвергшихся повторному дозированному голоданию, было установлено, что эти птицы были более стойкими в боях со своими контрольными соперниками и лучше переносили другие лишения, в частности, холод.

Однако наиболее весомый вклад для науки в изучении экспериментального голодания внёс профессор В. В. Пашутин (1902 г.) со своими учениками. Ученик знаменитого терапевта того времени профессора С. П. Боткина В. В. Пашутин в условиях военно-медицинской академии царской России проделал много опытов голодания на различных

животных и в результате смог сформулировать физиологическую сущность механизмов голода. В. В. Пашутин впервые обратил внимание на тот факт, что в первый период физиологического голодания происходит быстрая потеря веса. Затем, буквально через несколько суток, эта потеря веса при равных физиологических условиях значительно замедляется. Механизмы, сохраняющие энергию или снижающие потерю веса, тогда ещё не были ясны. Однако было установлено, что расход белков организма в этот период удерживается на минимальном уровне, физиологические клетки при этом, тем более клетки нервной ткани, эндокринной системы не страдают.

В результате выхода за пределы физиологического голодания у животных возникает третья стадия – это уже не физиологическое голодание. В этот период происходит резкое уменьшение массы тела с истощением компенсаторных механизмов человека и падением сердечной деятельности. Выделение трёх периодов полного голодания млекопитающих, в том числе первых двух физиологических стадий, даёт основание считать В. В. Пашутина родоначальником теории голодания или эндогенного питания. Его опыты не потеряли значимости до наших дней. Именно в последующих опытах на различных живых существах было установлено, что первые два физиологических этапа голодания у различных живых существ имеют различные сроки, и именно за счёт этих периодов голода продлевается жизнь в сравнении с регулярно питающимися особями.

К примеру, червям таким образом можно продлить жизнь в 19 раз больше, мышам в 4 раза, а высокоразвитым крупным млекопитающим в 1,5–2 раза.

Именно на этом этапе экспериментального голода, проведённого многими учёными различных стран мира, косвенно было установлено, что физиологический голод в той или иной степени восстанавливает работу иммуногенетического аппарата живых существ, продлевая тем самым им жизнь.

Немецкие учёные Шенк и Майер в 1938 году в период лечебного голодания обнаружили увеличение защитных сил организма против ряда болезнетворных микробов. Так называемая бактерицидность была выявлена в связи с нарастанием на голоде ацидоза. Особенно она проявлялась после так называемого ацидотического криза и достигала своего максимума на третьей неделе голодания. Более того, она сохранялась и после лечебного голодания. Ещё ранее Ф. Бенедикт (1915 г.) указывал на тот факт, что ацидотический криз (пик) является определяющим фактором в восстановительной работе голода. Таким образом, уже на первых этапах развития теории голодания, или эндогенного питания особая лечебно-профилактическая роль отводилась периоду ацидотического криза (6–8 дней голодания) и последующим за ним 2–3 неделями воздержания от пищи, во время которого ацидоз сохранялся примерно на одном уровне, незначительно колеблясь.

Это были конкретные попытки дозировать лечебное действие голодания в связи с развивающимся при этом самоуправляемым компенсированным ацидозом.

Только фундаментальные работы академика М. Ф. Гулого и профессора М. И. Волского в 60–70-х годах нашего столетия по вопросам фиксации клетками млекопитающих  $\text{CO}_2$  и азота из воздуха, а также идеи новосибирского учёного К. П. Бутейко создали реальные предпосылки для формирования теоретического обоснования лечебно-профилактического действия компенсированного ацидоза на голоде на основе улучшения качества биосинтеза в клетках человека (млекопитающих) путём повышенного усвоения клетками  $\text{CO}_2$  и азота.

История развития лечебного голодания в СССР, и в частности в БССР, своеобразна и поучительна.

До Великой Отечественной войны в официальной медицине нашей страны не отмечено энтузиастов, пропагандирующих этот метод лечения.

В Западной Белоруссии до её воссоединения этот метод пропагандировал А. А. Суворин. Это был один из потомков знаменитых Сувориных, которые владели ведущими типографиями в Петербурге. После Великой Октябрьской социалистической революции А. А. Суворин воевал на стороне белогвардейцев, и по окончании белогвардейской кампании он, довольно-таки истрёпанный жизнью и болезнями, эмигрировал в Югославию, где долго бедствовал и решил издать одну из своих книг. Но издатель не захотел делиться гонораром с эмигрантом. И по ложному доносу А. А. Суворина посадили в тюрьму без суда и следствия. От отчаяния бывший представитель знатного дворянского рода России объявил в тюрьме голодовку. Вот тогда и дошли сведения о нём до высших юридических инстанций Югославии. На 35 дне голодания А. А. Суворину предоставили возможность защищать самого себя в суде. Он выиграл этот процесс. Будучи высокообразованным, зная систему йогов, он не прекратил голодания сразу же после суда. Первый раз он провёл на голоде 42 дня и избавился под воздействием голода от многих своих хронических болезней. Первым его пациентом, который начал голодать, стал начальник тюрьмы. Затем к нему хлынул поток обречённых больных. Он применял длительные сроки голодания, даже выходящие за пределы физиологического голода, в пределах 35–76 дней подряд.

Около 10 тысяч пациентов подверглись лечебному голоданию по методу А. А. Суворина. Результаты лечения и методику голодания он описывал в своих книгах, изданных на русском языке в Югославии в начале 30-х годов. Эти книги завозил и распространял А. А. Суворин на территории Западной Белоруссии.

Так в 30-х годах появились последователи А. А. Суворина в городе Кобрине. Эти люди не имели медицинского образования. Некоторые из них применяют метод РДТ до настоящего времени. С одним из таких людей, М. Р. Зязюлей, автору довелось познакомиться в 1974 году, когда в Дорожной больнице г. Минска начали проводить дозированное голодание.

Именно этот знахарь подсказал реальную возможность проведения фракционного метода РДТ, так как примерно такими сроками голодания с короткими промежутками пищевого питания между ними Михаилу Романовичу Зязюле удавалось в довоенный период избавлять обречённых на смерть молодых людей от генерализованных форм туберкулёза. Среди них больные, которые живут до настоящего времени. В довоенное время, когда их, молодых, выписывали домой умирать, этот знахарь, владеющий методикой А. А. Суворина и имеющий личный опыт, назначал таким больным курсы голодания с укороченными сроками возобновления пищевого режима между ними. В совокупности за 11 месяцев больные голодали более 100 дней. Эффект был разительный: полное клиническое излечение со стойкой ремиссией заболевания.

После внедрения антибактериального специфического лечения туберкулёза в послевоенные годы как будто бы отпала необходимость в применении народных методов. Этиологическое, направленное непосредственно против туберкулёзной палочки (микобактерии) комплексное лечение обеспечило успешную ликвидацию туберкулёза, как распространённого заболевания.

Однако в последние годы появляются всё чаще случаи устойчивого (резистентного) течения туберкулёза к антибактериальной терапии, и метод РДТ, возможно, в этих случаях вновь станет актуальным, в особенности при комплексном лечении туберкулёза и сопутствующих заболеваний.

В Москве впервые лечебное голодание применил врач Н. П. Нарбеков при лечении бронхиальной астмы, гипертонической болезни, ожирении и ряде других заболеваний. От его деятельности осталась методика по лечебному голоданию. Кстати, она выгодно отличается от современных методических рекомендаций в разделе принципа возобновления пищевого питания после РДТ.

Наибольший практический опыт по лечебному голоданию в нашей стране принадлежит Юрию Сергеевичу Николаеву. Он впервые в мире применил дозированное голодание при таком грозном психическом заболевании, как шизофрения (1948 г.). Юрием Сергеевичем была создана школа по подготовке специалистов РДТ. У него много последователей, учеников. Он первым пробудил интерес у автора этой книги к проблеме лечебного голодания. Его первое издание книги «Голодание ради здоровья» (1973 г.) имело грандиозный успех среди населения. Автору встречались врачи, которые успешно применяли на практике метод РДТ, познакомившись только с указанной книгой. Многие больные, не дожидаясь иногда в том или ином регионе СССР открытия стационаров, успешно лечились голоданием самостоятельно по книге Ю. С. Николаева.

Однако методу не суждено было получить широкое признание среди медицинской общественности.

Ещё в 1928 году в Амстердаме состоялся VII международный съезд диетологов, на котором с программным докладом «Практическое

применение дозированного голодания» выступил Х. Детерман. Съездом было признано целесообразным применение дозированного голодания при сердечно-сосудистых, гастроэнтерологических, эндокринных и ряда других заболеваний. Однако уже с первых послевоенных лет основным противником лечебного голодания стал Всесоюзный институт питания. Его идея сбалансированного питания никак не увязывалась с лечебным голоданием. Глубоко вникать в суть проблемы ведущие диетологи СССР не захотели, даже не считали нужным тратить на это время. Основным, противодействующим развитию метода фактом был ацидоз на голоде, который они упорно трактуют до настоящего времени как вредный. Причём ни одна экспериментальная работа не показала, что кетоновые тела на голоде губят или хотя бы повреждают физиологические клетки.

Академик А. Н. Бакулев в 1956 году обратил на этот факт внимание и в своей статье отметил, что кетоновые тела на голоде не приносят никакого вреда организму.

Второй отрицательный аргумент против лечебного голодания, выдвигаемый институтом питания, сводился к тому, что человеку постоянно необходимо потреблять извне белки с незаменимыми аминокислотами, витамины и т. д. Как будто отвергнуть этот постулат было невозможно.

Однако экспериментальные научные исследования, проведённые различными учёными мира, указывали на обратные результаты. Дефицита незаменимых аминокислот, витаминов и других биологически активных веществ в период физиологических сроков голодания до 30–40 дней не наблюдается. Глюкоза, витамины, незаменимые аминокислоты, ферменты синтезируются в достаточном или даже в большем количестве в сравнении с пищевым питанием. Вот тогда и вышли отдельные научные статьи, которые ошибочно указывали на какие-то пусть даже незначительные, но отрицательные эффекты в процессе РДТ. Эти статьи заслуживают особого внимания.

1973 год. Всесоюзный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, тесно связанный с проблемами и задачами с институтом питания, опубликовал две научные статьи, которые являются двумя частями единого научного исследования – изучения состояния слизистой желудка психически больных в период 28-дневного курса РДТ. Дело в том, что в энергетическом отношении обкладочные клетки желудка относятся к самым слабым. И если не поставлять желудку извне пищевого энергоснабжения, то учёные предполагали, что эти клетки, возможно, начнут гибнуть или как-то отрицательно видоизменяться. В это время появились японские гастрофиброскопы, которые позволяли не только осмотреть желудок и 12-перстную кишку, но и сделать гистологические срезы с различных участков слизистой желудка и посмотреть в динамике за состоянием клеток. Психически больных возили регулярно в институт гастроэнтерологии и через короткие промежутки времени (2–3 дня) делали гистологические исследования. Таким образом, в первой статье было

отмечено, что обкладочные клетки насыщаются постепенно различными жировыми включениями (липидами). В конце концов был сделан научный вывод. На поздних этапах лечебного голодания в обкладочных и главных клетках возникают картины жировой дегенерации по типу липофанероза.

Однако учёных заинтересовал другой факт. На голоде ни одной физиологической клетки не погибло, а наоборот, появились новые физиологические клетки со светлой протоплазмой, которые должны были превратиться со временем в определённые клетки желудка. Этот интерес вызвал продолжение исследований в течение одного месяца после голодания. Результаты представлены во второй статье.

Оказалось, что жиры, которые насыщали в основном обкладочные клетки в период голода, в первые 1–2 дня возобновления пищевого питания удалялись из клеток в кровоток. А все клетки со светлой протоплазмой через 25–30 дней превратились в добавочные клетки, усиливающие барьерные функции желудка, так как они выделяют слизь и вещества, предохраняющие желудок от повреждения. Таким образом было доказано, что никаких дистрофических изменений в желудке не произошло, наоборот, физиологические клетки стали более стойкими к внешним и внутренним повреждающим факторам.

Жировая инфильтрация, или насыщение в энергетическом отношении слабых клеток липидами – это не что иное, как естественный физиологический процесс при полном изъятии энергоснабжения и возникающем при этом «пропотевании» в желудок ненасыщенных жирных кислот и белков. Подобный процесс возникает у млекопитающих, находящихся в зимних спячках, к примеру, у лягушек.

Таким образом, читая научные статьи в отдельности, можно без глубокого анализа подумать по первой статье, что на голоде всё же происходят отрицательные явления. А если эти две статьи прочесть как единое целое исследование, то оказывается, что никаких отрицательных явлений на голоде не установлено, а наоборот, имеют место уникальные процессы приспособления, восстановления барьерных функций не только клеток, но и самого органа, защиты желудка от развития заболеваний. Таким образом была установлена важная восстановительно-профилактическая роль голода в усилении барьера органов и систем. Несмотря на это, слепое недоверие к голоду продолжалось. Большую роль в преодолении негативного отношения к лечебному голоданию сыграл Всесоюзный институт пульмонологии МЗ СССР в г. Ленинграде. Заведующий отделом бронхиальной астмы, лёгочной гипертензии и хронической пневмонии профессор Алексей Николаевич Кокосов возглавил работу по изучению проблемы РДТ при бронхиальной астме. В это время лечебное голодание было переименовано в разгрузочно-диетическую терапию (РДТ), так как само слово «голодание» вызывало у населения плохие ассоциации. Всесоюзный институт пульмонологии начал изучать эту проблему в различных аспектах и прежде всего с позиции изменения иммуногенетического аппарата на РДТ.

Под руководством профессора А. Н. Кокосова вышло несколько сборников научных трудов и методических писем по дозированному голоданию при бронхиальной астме.

В начале 80-х годов в защиту метода выступила «Литературная газета», которая проследила, чтобы этот вариант лечения начал дополнительно изучаться в научных центрах г. Москвы. На страницах «Литературной газеты» выступили профессор Ю. С. Николаев и журналист Б. Яковлев. Результатом выступления был факт внедрения РДТ в самом институте питания и ряде клиник г. Москвы.

В г. Минске развитие РДТ получило в Дорожной больнице, на базе кафедр Белорусского института усовершенствования врачей. Автор в это время был заведующим терапевтическим отделением этой больницы.

Направляя в 1974 году автора в г. Москву на усовершенствование, главврач больницы И. М. Окунев посоветовал поближе познакомиться с методикой РДТ у профессора Ю. С. Николаева. В личной беседе с автором Юрий Сергеевич сообщил, что в Белорусской республиканской психиатрической больнице этот метод ранее проводился психиатром А. Ф. Скугаревским, но по непонятным причинам был предан забвению. Своей искренней беседой профессор заронил интерес у автора к этой проблеме. После успешного внедрения его в Дорожной больнице автор прошёл сложный путь интриг, насмешек, даже издевательств над методом и его сторонниками со стороны ряда врачей, некоторых руководителей органов здравоохранения, но ни разу не позволил себе расслабиться и уйти от развития этой проблемы.

В 1977 году в Белорусском НИИ туберкулёза (директор профессор М. Н. Ломако) был впервые апробирован фракционный метод РДТ при саркоидозе органов дыхания. Результатом этого явилось авторское свидетельство на изобретение и два рационализаторских предложения. Это внесло определённую лепту в развитие лечебного голодания в целом в СССР.

В 1980 году фракционный метод РДТ внедрён среди сложных терапевтических больных на базе больницы скорой помощи в г. Минске. В это время автор стал работать на кафедре неотложной терапии института усовершенствования врачей. Авторитет метода возрос. Многие люди освобождались от далеко зашедших форм таких хронических заболеваний, как бронхиальная астма, гипертония, ишемическая болезнь сердца, заболевания желудка и др.

У автора появилось много учеников – последователей РДТ в различных городах Белоруссии и СССР. Это даёт основание с оптимизмом смотреть на будущее развитие лечебного голодания в БССР.

С 1975 года метод лечебного голодания в г. Минске имеет тенденцию к распространению. Министром здравоохранения БССР Н. Е. Савченко поручено кафедре кардиологии БелГИУВа (профессор В. В. Горбачёв) всесторонне изучить метод РДТ. К этой проблеме были привлечены силы центральной научно-исследовательской лаборатории института. Проведён

ряд экспериментальных исследований и много научных клинических наблюдений, завершены диссертационные работы, которые показали ряд достоинств метода дозированного голодания. Параллельно метод был внедрён и в ряде других учреждений города Минска (в 3, 5, 6 клинических больницах, психоневрологическом диспансере). Результатом явились два методических и одно информационное письмо по печению РДТ саркоидоза, бронхиальной астмы и некоторых неврологических заболеваний.

В последние годы произошла смена руководства в городском отделе здравоохранения. Новый руководитель внимательно относится к рассмотрению возможностей применения этого метода при лечении населения. Это создаёт перспективы для развития лечебного голодания.

**ВОПРОС: Какие неординарные изменения во внутренних органах человека происходят при проведении разгрузочно-диетической терапии?**

**ОТВЕТ:** Изменений происходит немало. Опишем некоторые из них.

1. Начиная со 2–3 дня РДТ качественно изменяется секреция желудочно-кишечного тракта. Прекращается выделение соляной кислоты. Вместо неё в просвет желудка как бы «пропотевают» ненасыщенные жирные кислоты и белки. Ещё И. П. Павлов наблюдал этот процесс у голодных собак, объясняя его запредельным торможением ЦНС.

Ненасыщенные жирные кислоты активизируют тканевой нейрого르몬 холецистокинин, который подавляет чувство голода у млекопитающих. Поэтому с 3–4 дня голодания больные не испытывают тяги к пище. У многих больных она исчезает после очищения кишечника большой дозой слабительного. В это же время исчезает непреодолимая тяга к алкоголю, наркотикам у наркоманов, к табаку у курильщиков. Не наблюдается при этом и так называемый синдром отмены у больных, зависимых от глюкокортикоидных гормонов надпочечников, от лекарств, блокирующих или активирующих рецепторы клеток, от средств, разжижающих кровь (финиллин и др.).

Ненасыщенные жирные кислоты, кроме того, обеспечивают выраженный желчегонный эффект. Жёлчь обнаружена при проведении дозированного голодания даже в толстом кишечнике. Вода, введённая с клизмой, окрашивается при этом в жёлто-коричневый цвет.

2. Изменяется у хронических больных при РДТ и микрофлора кишечника. Гнилостная флора погибает, сохраняется и восстанавливается флора кисломолочного брожения, подобно, как у долгожителей или у йогов. В результате улучшается качество синтеза микрофлорой витаминов и других биологически активных веществ. Возможно, и поэтому в организме в период лечебного голодания не существует проблемы синтеза незаменимых аминокислот. Работы учёных показывают, что при эндогенном питании обеспечивается синтез различных аминокислот, в том числе и незаменимых, а также белковых образований – ферментов.



М. Ф. Гулый в течение 14 дней голодания наблюдал дополнительный синтез в достаточном количестве изофермента альдолазы, которая отличается от обычной альдолазы снижением в ней серосодержащих аминокислот. После окончания голодания синтез этого изофермента прекращается. Вероятнее всего, быстрая перестройка синтеза связана в большей степени с необходимостью перераспределения серосодержащих соединений в пользу кожного барьера, где сера необходима для усиления барьерных функций кожи.

3. Обнаружено, что деформированные мембраны, медленно делящихся или неделящихся «стареющих» клеток, при эндогенном питании приобретают формы, подобные формам клеток молодых животных. То есть при РДТ идёт процесс восстановления барьеров клеток. Процесс деления быстро делящихся клеток при этом замедляется. Одновременно перестройка ферментативной системы обеспечивает усиление рецепторного аппарата эфферентных клеток (нервные окончания) за счёт качественного улучшения состояния ферментов этих рецепторов (хеморецепторов), которые заложены в мембране клеток и способны усиливать барьерную функцию через активизацию внутриклеточного нуклеотида цАМФ. Таким образом, при РДТ обеспечивается комплексное восстановление барьерных функций клеток путём нормализации мембран и усиления системы цАМФ.

4. Как указывалось выше, специалисты из института гастроэнтерологии г. Москвы обнаружили, что у больных в результате проведения ими 28 дней РДТ в желудке появляются новые клетки со светлой протоплазмой, которые после окончания курса РДТ постепенно преобразуются в течение 20–30 дней в добавочные клетки. Эти клетки выделяют слизь, вещества, предохраняющие желудок от повреждений. После неоднократных курсов РДТ даже у гастроэнтерологических больных желудки становятся «лужёными», способными переваривать любую пищу. Сам автор испытывал на себе благотворное действие РДТ, ранее страдая запущенным хроническим гастритом, холециститом, колитом.

Подводя итоги этой особенности РДТ, можно констатировать факт, что эндогенное питание способно восстанавливать не только барьеры клеток, но и барьеры органов, систем с пролонгированным эффектом.

5. Как указывалось выше, при эндогенном питании больной практически не получает натрия. Натрий выводится через мочевыводящие пути, кожу, кишечник, а за ним из организма уходит «лишняя» вода. При одновременной нормализации белкового обмена отёки любого происхождения постепенно исчезают. Пример: больная Д-на, 53 года, диагноз: ишемическая болезнь сердца, нестабильная стенокардия, атеросклеротический кардиосклероз аорты, мозговых и коронарных артерий, гипертоническая болезнь II ст., хронический бронхит с астматическим компонентом, лёгочно-сердечная недостаточность III стадии, постботкинский гепатохолецистит, ожирение V ст.,

поливалентная аллергия. У больной отмечались выраженные отёки брюшной полости (асцит), нижних конечностей. При проведении первого курса РДТ в течение 20 дней потеря веса составила более 25 кг в связи с потерей асцитической жидкости. При повторном курсе голодания через месяц в течение 22 дней отмечена стойкая ремиссия заболевания. Отёки исчезли полностью, нормировалась функция печени. Артериальное давление пришло в норму. Показатели внешнего дыхания приблизились к норме.

6. РДТ нормализует не только белковый, но и жировой (липидный) и другие виды обмена. Значительно уменьшается в крови при этом количество атерогенных липидов (жиров, которые завершают развитие атеросклероза). Это, вероятно, связано с нормализацией состояния стенок кровеносных сосудов за счёт прекращения их повреждения на голоде иммунопатологическими реакциями (реакция – антиген – антитело), в результате которых выделяются так называемые шоковые яды, губительно действующие на окружающие их клетки.

При выраженном белковом антагонизме у хронического больного в обычном режиме питания развиваются неуправляемые (непогашаемые) реакции антиген – антитело с повышенным выбросом в кровоток медиаторов (провокаторов) аллергического воспаления (гистамин, серотонин, брадикинин, медленно реагирующая субстанция анафилаксии и др.), которые в таких условиях способны повреждать стенки сосудов. В результате повышается проницаемость стенок сосудов. В сосудах образуются микроотверстия, через которые может проникать за пределы сосудов кровь, что естественно чревато неблагоприятными последствиями. В первую очередь эти повреждения отмечаются в мелких, а затем и в магистральных сосудах. В ответ на такое повреждение в кровеносном русле возникает целый каскад ненормальных реакций в плане относительной компенсации болезни (по теории выдающегося учёного Давыдовского И. В.).

Какие это реакции? Повышение свёртывающих факторов крови и её вязкости. Во время дозированного голодания эти ненормальные явления приходят также в норму, так как стенки сосудов восстанавливают свою структуру и их больше ничто не травмирует.

Кровь на РДТ очищается от всего ненужного, и плазма крови становится прозрачной как стёклышко, всё приходит в гармонию, в том числе и факторы свёртывания. Лечебное голодание в этом плане осуществляет очистку крови более совершенно, чем путём гемодиализа или гемосорбции – аппаратной очистки крови.

На голоде к тому же восстанавливаются функции органов и систем человека. Представьте себе, сколько отпадает затрат на дорогостоящую аппаратуру и её обслуживание, если широко, повсеместно внедрить РДТ. Это не значит, что гемосорбция или гемодиализ вообще будут неприемлемы в здравоохранении. При экстренных ситуациях (к примеру, при отравлении ядовитыми веществами), когда время спасения жизни

больного рассчитано на часы, минуты, в таких случаях эта аппаратура необходима. РДТ медленнее совершает эту работу, но добротнее, создавая пролонгированный эффект, то есть метод дозированного голодания избавляет организм от иммунопатологических реакций и их последствий на долгое время.

В то же время у хроников даже пища вызывает белковый антагонизм, чего не происходит на голоде.

Сам пищевой режим, в особенности так называемое сбалансированное питание, включающее одновременный приём молочных и мясных продуктов, наиболее насыщенных белками–аллергенами, особенно усугубляет белковый антагонизм. Ферментативная система при таком питании не в состоянии адекватно отреагировать и расщепить все белковые структуры до исходных аминокислот, усваиваемых клетками человека. Радиоиммунным способом доказано, что при таком питании происходит проникновение через желудочно-кишечный тракт в ток крови крупнодисперсных молекул белков, которые не усваиваются тканями до тех пор, пока не произойдёт аллергическая реакция антиген – антитело.

На эту реакцию организм вынужден затрачивать много дополнительной энергии. Энергия тратится и на погашение последствий этой реакции. Даже для здоровых людей такое питание экономически и физиологически невыгодно. А у хронических больных при этом усугубляются неуправляемые «непогашаемые» аллергические реакции с последующим более мощным повреждающим действием на стенки сосудов медиаторов аллергического воспаления. Эти отрицательные моменты пищевого питания на РДТ исключаются.

Клинически при РДТ у больных отмечается нормализация пульса. Он становится мягким, сосуды более эластичными. Ритм сердечных сокращений замедляется. Тоны выслушиваются отчётливо. Исчезают, как правило, экстрасистолы – перебои в работе сердца с преждевременными импульсами из его сократительных мышечных отделов желудочков и предсердий. Нередко при дозированном голоде восстанавливаются самые сложные нарушения ритма сердечных сокращений – пароксизмы мерцания предсердий, когда сердце словно буксует. При этом во время лечебного голодания не наблюдается образования тромбов, развития тромбоэмболий – этих коварных осложнений во время медикаментозного восстановления ритма при мерцании предсердий.

Результаты длительных наблюдений автора за больными подчёркивают, что РДТ предупреждает развитие таких грозных осложнений, как ДВС–синдром – параллельное истощение и свёртывающей, и противосвёртывающей систем крови, когда образуются тромбы и одновременно повышается кровоточивость сосудов. На этом фоне развиваются и инфаркты миокарда сердца, и кровоизлияния в мозг, и другие грозные, угрожающие жизни человека осложнения.

Не менее важная работа осуществляется на лечебном голодании по восстановлению органически изменённого микроциркуляторного русла

крови. Особенно эта работа заметна после ацидотического криза «пика». Цвет лица у многих хронических больных бронхиальной астмой, пневмонией, нефритом, опухолями и т. д. обычно имеет бледный, серый или землистый оттенок. Зато к 8–10 дню проведения РДТ он приобретает часто нежный, розовый орнамент, как у здоровых детей и юношей. Выразительными становятся зрачки глаз, исчезает при этом желтушность склер и т. д. Наиболее убедительный пример по восстановлению микроциркуляции следующий. Больная Р-ва, 43 года, заболела в 1980 году, выявлена IV ст. рака шейки матки. Лечилась консервативно, без должного эффекта. Пришла в этом же году на курсы усовершенствования на кафедру неотложной терапии БелГИУВа. После прослушанной лекции по лечебному голоданию начала самостоятельно проводить фракционный вариант этого метода лечения.

При первичном осмотре врача-курсантки отмечались бледно-серые с желтушным оттенком кожные покровы, исходный вес тела ниже нормы. На повторных курсах дозированного голодания отмечалась постепенная нормализация кожных покровов. Больная набрала на пищевом режиме питания после фракционного варианта РДТ нормальный вес. Отмечено обратное развитие патологических процессов. Больная до настоящего времени периодически (2–3 раза в году) проводит длительные (до 35 дней) курсы дозированного голодания. Во время голодания продолжает успешно работать врачом, чувствует себя вполне удовлетворительно. Вес не теряет, кожные покровы обычной нормальной окраски. Ретроспективно онкологи считают, что ранее, возможно, была допущена ошибка в гистологическом исследовании предполагаемой опухоли и в проведении скеннирования печени (обнаружение метастазов).

При восстановлении микроциркуляции кожных покровов исключение могут составлять лица, которые какое-то время курят во время РДТ или контингент больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в далеко зашедшей стадии, которые многие годы принимали лекарственные средства (химиопрепараты), действующие через периферические нервные окончания. Эти препараты относятся к группе нитратов (периферические вазодилататоры) или к блокаторам адренергических рецепторов клеток сердца. У этих больных химическое вещество (медикамент) связывается с ферментом эфферентной клетки (хеморецептором) и образует неудобный (нестандартный) для собственной иммунной системы белок (гаптен).

Этот хеморецептор и так ослаблен болезнью. А к тому же медикамент, вызвавший только временный положительный эффект, ещё больше ослабляет его. И в конце концов, собственная иммунная система помогает уничтожить этот рецептор, эту эфферентную клетку. Восстановить одним курсом РДТ эти клетки не всегда удаётся. Однако и такие больные, зависимые от фармакологических средств, при проведении РДТ обходятся без их применения, что ещё раз подчёркивает совершенство метода.

7. При проведении дозированного голодания, как правило, не применяются обезболивающие средства, так как гипоталамус, гипофиз активируют так называемые рецепторы, выделяющие эндорфины (внутренние наркотические средства). Исключение составляют больные с почечной коликой, когда камень начинает двигаться по мочеточнику. Болевой синдром в этот период частично купируется эндорфинэми, но боль всё-таки бывает иногда столь выраженной, что требуются дополнительные приёмы.

8. У больных бронхиальной астмой при РДТ быстро исчезает бронхоспазм, восстанавливается нормальный ритм дыхания. Это происходит путём комплексной компенсации этого так называемого бронхо-лёгочного аллергоза. При этом активируется общий адаптационный синдром гипоталамус–гипофиз–надпочечники, которые обеспечивают комбинированное улучшение качества и увеличение количества циклических нуклеотидов клеток (цАМФ) в мышце бронхов за счёт увеличения в крови соматотропного гормона и биологически активных веществ – биогенных аминов, на первом этапе голодания. Затем постепенно нормализуется функция коры надпочечников, которая выделяет гормон (кортизол), Последний так же способен активировать систему нуклеотидов. Примерно к 14-му дню РДТ усиление функции коры надпочечников достигает своей высшей точки. При этом на голоде железы внутренней секреции даже несколько гипертрофируются. Наибольшего увеличения в объёме на дозированном голодании достигает параситовидная железа, отвечающая за иммунитет (тимус).

Как указывалось выше, гипоталамус выбрасывает тканевые гормоны статины, которые в свою очередь тормозят действие фермента фосфодиэстеразы, разрушающей нуклеотид цАМФ. Активизируются тканевые гормоны местного значения, простагландины Е и т. д., которые так же через воздействие на мембрану определённых клеток усиливают нейтрализацию иммунопатологических реакций через восстановление нуклеотида цАМФ. К этому времени белковый антагонизм в крови практически исчезает, особенно когда уничтожаются последние очаги вирусных и микробных очагов инфекции. Всё это создаёт комплексный лечебный эффект у больных бронхиальной астмой.

Применение ингаляторов (симпатомиметиков) у таких больных во время проведения дозированного голодания значительно тормозит восстановительные процессы.

9. При проведении лечебного голодания не отмечается обострения вирусной инфекции. В период эпидемий гриппа ни один больной на РДТ не заболевает. Исключение составляют лица, нарушающие режим лечебного голодания, возобновляя приём какой-либо пищи или длительно контактируя с ней. После первых курсов дозированного голодания пациенты реже заболевают вирусной инфекцией или переносят её в более лёгкой форме. При многократных курсах лечения этим методом многие пациенты перестают вообще болеть, в том числе и вирусными

заболеваниями. Таким образом, можно с уверенностью сказать, что при полноценном эндогенном питании идёт процесс кардинального уничтожения очагов скрытой инфекции.

Инфекция, которая находится в дремлющем состоянии, практически не поддаётся современной антибактериальной терапии (лечением антибиотиками, сульфаниламидами и другими лекарствами). Наоборот, в этот период жизни микроорганизмы, находясь в защитных оболочках, по-видимому, проще вырабатывают устойчивость к этим медикаментам и другим лекарственным средствам. На голоде эти оболочки уничтожаются более активной ферментативной системой. Микроб при этом как бы активизируется, в это время его, по-видимому, уничтожает более совершенная иммунная система совместно с ферментативной. На лечебном голодании в связи с уникальной перестройкой и усилением активности ферментов возрастает их способность к уничтожению оболочек микробов. В отдельных случаях, когда микрофлора сконцентрирована в труднодоступных участках человеческого организма (в гайморовых и других пазухах, в осумкованных очагах и др.), при РДТ может клинически проявляться реактивация этой инфекции в форме обострения хронического тонзиллита, среднего отита, гайморита, гидроаденита и т. д. с температурной реакцией. Как правило, в этом случае пациент обходится без лекарственных средств. Температура обычно в течение 2–3 дней нормализуется. Отмечается клиническое излечение (реконвалесценция).

Фракционный метод дозированного голодания больным саркоидозом органов дыхания обнаружил любопытный факт. У тех немногих лиц, у которых при РДТ отмечались обострения очагов скрытой инфекции, зарегистрирована более выраженная положительная клинкорентгенологическая динамика процесса. Такая активация скрытых очагов не тормозит, а наоборот, способствует более быстрому клиническому излечению хронических заболеваний при РДТ. Только в единичных случаях при обострении скрытых очагов инфекции при РДТ применялись антибиотики и другие противоинфекционные средства.

Каким образом происходит уничтожение вирусных очагов инфекции, пока не выяснено. Жизнь вирусов полна тайн. Эти живые существа, состоящие в основном из нуклеиновых кислот, способны образовывать кристаллические соединения. Живая материя одноизомеричная, в основном состоит из левых изомеров. А кристаллы состоят из двух изомеров, подобно неживой материи, между которыми невозможен обмен веществ. Однако вирусы с кристаллами – это живая материя, способная переходить при благоприятных условиях в моноизомеричное состояние. В таком состоянии уловить процесс фиксации  $\text{CO}_2$  этими нуклеиновыми кислотами (вирусами) пока не удаётся. При эндогенном питании ферментативная система, по-видимому, способна переводить двуизомерные соединения в моноизомер, а затем и ресинтезировать нестандартные нуклеиновые кислоты вируса в стандартные для человеческого организма. Если процесс этот будет доказан, станет

понятно, почему при РДТ не зафиксировано заболеваний и реактиваций вирусной инфекции. Возможно, вирусная инфекция при эндогенном питании становится хорошим «сырьём» для синтеза собственных нуклеиновых кислот голодающего.

Примерно три десятилетия назад, когда была проведена работа по борьбе со многими инфекциями, произошёл дисбаланс в микромире между микробами и вирусами в пользу вирусов. Этот дисбаланс постоянно продолжает усугубляться. Успешная противовирусная борьба в настоящее время особенно актуальна. Именно вирусная инфекция, как внутриклеточная, способна подменять нуклеиновые кислоты в клетке на свои, нестандартные. Она вызывает значительное напряжение генетического аппарата, иммунной системы по уничтожению нестандартных белковых образований, обостряет белковый антагонизм и, наконец, как бы срывает иммуногенетический барьер.

Одновременно вирус способен проходить энцефалический барьер, поражать диэнцефальную область, обеспечивать дисрегуляцию, затем и снижение функции гипоталамуса, этого пульта управления эндокринной и нервной системами, непосредственно связанного с работой иммуногенетического аппарата. В то же время вирусная инфекция способна снижать функцию мембран клеток органов и систем, от которых так же зависит иммуносупрессорная функция организма на уровне циклических нуклеотидов. Учитывая, что лечебное голодание восстанавливает иммуногенетический аппарат, общий адаптационный синдром, которым управляет гипоталамус и гипофиз, а, кроме того, укрепляет барьеры клеток, органов и систем, в настоящее время трудно переоценить значение этого метода при лечении хронических заболеваний.

Однако следует помнить, что профилактический эффект РДТ несравнимо мощнее, нежели применение его в далеко зашедшей стадии заболевания. Поэтому важнейшим мероприятием является пропаганда этого метода среди населения с целью применения его в начальных стадиях заболевания или до развития его.

В процессе эволюции живой материи произошла эволюция системы фотосинтеза (М. Ф. Гулый с соавторами), которая млекопитающими используется в значительно меньшем объёме, чем их предшественниками. Но роль биосинтеза с эффектом плюс калории млекопитающих ещё недостаточно изучена. В медико-биологических исследованиях это пока ещё «белое пятно». И возможно, что дальнейшее изучение этого эффекта у млекопитающих откроет огромные возможности человеческого организма в плане совершенствования работы наследственного аппарата. Тогда, по-видимому, возникнет необходимость повсеместного внедрения этого метода как уникального питания с циклическим применением его каждым взрослым человеком.

В нашем обществе условия для развития метода РДТ имеются. В странах Западной Европы, Америки, Японии фармакологические концерны находятся в жесточайшем антагонизме с этим мощным

натуральным методом лечения, данным нам самой природой. Но к сожалению, и в нашей стране встречается негативное отношение к лечебному голоданию даже со стороны медицинских работников. Однако этот негативизм не может иметь у нас коммерческой основы, что свойственно фармакологическим концернам капиталистических стран. И поэтому он вполне преодолим.

**ВОПРОС: Как понять противорадиационное действие разгрузочно-диетической терапии?**

**ОТВЕТ:** В довоенные годы на животных, находящихся в состоянии зимней спячки, проводили эксперименты на выживаемость, выносливость при заражении болезнетворными микроорганизмами и путём введения минимальных количеств токсических веществ, которые в обычном состоянии приводили к гибели животных. Оказалось, что в гипобиозе экспериментальные животные продолжают жить без заметных изменений со стороны внутренних органов. В послевоенные годы радиобиологи подтвердили повышенную выживаемость в гипобиозе млекопитающих при радиоактивном облучении в дозах, смертельных для животных, находящихся на пищевом режиме.

Таким образом, гипобиоз, или полное голодание, в значительной степени предохраняет живой организм от радиоактивного излучения. Что же происходит во время радиационного поражения? Суперэнергия, молниеносно проникающая в организм в основном в виде гамма- и нейтронных потоков излучения, обеспечивает ионизацию клеток. В результате образуются радикалы, содержащие повышенное количество перекисных соединений и других веществ, усугубляющих нормальный биосинтез, работу генетического аппарата. В конце концов, радиационное поражение разрушает двойную спираль нуклеиновых кислот, как бы разрывая её. При ионизации клеток в состоянии голода, по-видимому, образование перекисных и других соединений блокируется теми веществами, которые в избытке продуцируются в это время. Здесь и углекислый газ, и кетоновые тела, и повышенная концентрация алкоголя, собственных наркотических соединений и других биологически активных веществ – всё направлено против разрушения РНК и ДНК. Качественно иной уровень биосинтеза предполагает при РДТ ресинтез тех белков, которые в обычных условиях пищевого режима питания человека вызывают токсико-аллергические реакции в организме поражённого. Более совершенная регенерация во время голодания, возможно, быстрее и качественнее позволяет восстанавливать разорвавшиеся спирали нуклеиновых кислот (репарация ДНК и РНК), чему способствует замедление в этот период ритма деления быстроделющихся клеток. Во время физиологического голодания нет необходимости в таком частом, по сравнению с обычным режимом, делении клеток.

Немаловажное значение для усиления защиты клеток от радиационного поражения имеет тот факт, что во время лечебного



голодания качественно и количественно улучшаются структуры мембран и протоплазмы клеток, их нуклеиновых кислот и нуклеотидов. Даже процесс жировой инфильтрации клеток при дозированном голодании качественно отличается от насыщения липидами клеток при радиационном поражении. Жировая инфильтрация, вплоть до жировой дегенерации клеток, при облучении, вероятно, происходит в плане запоздалой относительной компенсаторной реакции (декомпенсации) на радиационное поражение. При РДТ, наоборот, насыщение липидами клеток – это совершенная компенсаторная реакция на факт изъятия пищевого энергоснабжения. В отличие от радиационного «удара» эта реакция на голоде всегда обратима, как только организм возвращается к режиму пищевого питания.

После Чернобыльской трагедии академик А. И. Воробьёв решился на применение голодания лицам в тяжёлой так называемой энтеропатической стадии острой лучевой болезни. В этот период поражается желудочно-кишечный тракт, образуются изъязвления в кишечнике. Инфекция при этом активизируется и беспрепятственно внедряется в ослабленный организм. Даже безвредная (непатогенная) при обычных условиях инфекция после радиационного поражения в 400–600 рад может видоизменяться и стать губительной для облучённого человека. В результате, как правило, развиваются смертельные осложнения в виде заражения крови (сепсиса) и т. д.

Пересадка костного мозга при этом (боковом, неравномерном) варианте облучения абсолютно бесперспективна. Применение мощной антибиотико-терапии американскими, японскими и другими врачами редко давало положительные результаты. А вот голод оказался способным обеспечить и обеспечил защиту от инфекции путём быстрого восстановления защитно-приспособительных сил организма и предохранил во всех случаях поражённых от осложнений.

Применение полного голодания у больных с таким тяжёлым поражением, когда весь мир следит за действиями советских врачей, смелый шаг. И он был сделан своевременно. По-видимому, у академика А. И. Воробьёва были серьёзные основания для апробации этого метода в столь сложных условиях. Естественно он был знаком с работами профессора Ю. С. Николаева, многое сделавшим по вопросу пропаганды и сохранения для потомков метода РДТ. Таким образом, впервые в мировой практике метод голодания помог в том случае, где бессильными оказались другие самые современные варианты лечения.

Можно предположить, что метод дозированного голодания особенно будет полезен для профилактики развития хронической лучевой болезни при попадании повышенной концентрации радионуклеидов в организм человека. Такой радиоактивный элемент, как стронций, который осел в почве поблизости от Чернобыля, ассоциирует с кальцием. Лечебное голодание хорошо выводит ионы кальция. В специальной литературе отмечено, что у больных рассасываются шварты, спайки и даже петрификаты в лёгких и других органах. Естественно, с кальцием активнее

выводится и стронций. То же самое можно сказать и в отношении радиоактивного цезия, который в отличие от стронция концентрируется преимущественно не в костной, а в мышечной ткани. А если учесть восстановление всех барьеров при дозированном голодании, то для профилактики отдалённых последствий радионуклеидных поражений очень выгодно применять периодические курсы РДТ лицам, находящимся в неблагоприятных районах. Экспериментальные работы по уточнению радиоактивного поражения при голодании будут проведены в ближайшее время. Уже разработано обоснование для научного изучения этой проблемы.

В истории нашей планеты были такие периоды, когда радиоактивность периодически достигала чрезвычайно высоких показателей. Однако живая материя не только сохранялась, но и давала более совершенное потомство. Одна из гипотез происхождения человека предполагает такое радиационное повреждение генетического аппарата человекоподобных, которое вызвало мутацию генов случайным появлением генетического аппарата человека.

**ВОПРОС: В какой степени разгрузочно-диетическая терапия восстанавливает функции центральной и периферической нервной системы?**

**ОТВЕТ:** Со стороны центральной нервной системы при РДТ отмечены следующие изменения. Постепенно в период РДТ нормализуется сон. Исчезают головные боли. К 4–5 дню РДТ отмечается эйфория (душевное благополучие). Даже мрачная, дождливая погода начинает казаться человеку благоприятной, окружающие люди – добрее. Если до лечения больной часто реактивно вступал в несущественные споры, провоцируя конфликты, то в период дозированного голодания этого, как правило, не наблюдается. Исключение составляет период ацидотического пика, во время которого симптомы раздражительности, нервозности могут проявляться, но в течение нескольких часов или дней проходят.

Следует оговориться, что нормализация состояния центральной нервной системы наблюдается намного быстрее при условии, если больному создаётся спокойная обстановка, если сам больной не нарушает режима, предусмотренного лечебным голоданием, не курит во время лечения, не занимается приготовлением пищи, избегает надевать на себя синтетическую одежду и т. д. В противном случае может наблюдаться бессонница, раздражительность, могут возобновиться головные боли, слабость, сердцебиение, душевные расстройства и т. д. При длительном ощущении запахов пищи у отдельных больных может отмечаться раздражительность, потеря сна. Настроение, состояние центральной нервной системы к 10 дню голодания стабилизируется, даже если больной допустил небольшие погрешности в проведении режима РДТ. У отдельных больных, у которых до лечения была упорная бессонница, кошмарные сновидения, выраженная раздражительность, процесс окончательной

нормализации сна и состояния центральной нервной системы может запаздывать даже до 15–17 дня лечебного голодания. Демонстративен следующий пример: больной И-н, 45 лет, диагноз: ишемическая болезнь сердца, нестабильная стенокардия, атеросклеротический кардиосклероз, атеросклероз аорты мозговых и коронарных артерий, гипертоническая болезнь II ст., выраженный астеноневротический синдром. Несмотря на проводимое комплексное медикаментозное лечение в больнице скорой медицинской помощи г. Минска в 1980 году, улучшение самочувствия не наблюдалось. Беспокоили упорные боли в области сердца, головные боли, кошмарные сновидения, бессонница (спал не более часа в сутки). Взят на лечебное голодание по просьбе заведующей отделением. С каждым днём голодания сон улучшался всего на 0,5–1 часа в сутки, страшные сновидения постепенно исчезли. На 6 дне голодания в двухместную палату, где проводил РДТ больной, был помещён другой пациент, С-в, 58 лет, с диагнозом гипертоническая болезнь III ст., состояние после перенесённого ишемического инсульта, ожирение V ст. Новый больной также согласился на курс РДТ, но первые дни голодания ещё продолжал по ночам храпеть, что беспокоило соседа по палате, у которого ещё сохранялась по ночам бессонница. На 9 день голодания больной И-н не выдержал храпа соседа и неоднократно включал приёмник для того, чтобы разбудить больного-храпуна. В результате произошёл ночной конфликт с дракой. Назавтра встал вопрос о выписке обоих больных из стационара за нарушение больничного режима. Лечащий врач уладил конфликтную ситуацию с заведующей отделением и разрешил продолжать обоим пациентам лечебное голодание. Храп на 3–4 день голодания прошёл, и метод РДТ был успешно завершён. Полная нормализация сна произошла у больного И-на только на 17 день голодания. В этот день больной сам проявил инициативу, зашёл в кабинет к лечащему врачу и как бы исповедался перед ним. Болезни его начались тогда, когда он, уже в немолодом возрасте, решил оставить свою семью ради другой женщины. Но постепенно и с этой женщиной возникли конфликтные ситуации. Затем они стали учащаться на работе, среди окружающих его людей. Он стал несдержанным, вступал в спор при любом решении вопроса в быту, на работе. Совершенно разадаптировался к стрессовым ситуациям и, в конце концов, серьёзно заболел. Глубоко осознав, что причина его жизненных неудач в нём самом, и справившись с самим собой, благодаря повторным методам дозированного голодания, этот пациент глубоко остался верен убеждению в силу РДТ, профилактически повторяет голодание, возвратился к прежнему образу жизни, к семье, но больше ни разу не появился у лечащего врача. Такие больные почему-то стесняются своего прежнего заболевания.

После первого курса РДТ и, тем более, после повторного лечебного голодания у больных наступает длительное состояние благополучия со стороны психической деятельности головного мозга. Пациенты становятся активнее в семейной и общественной жизни. У мужчин восстанавливается

половая потенция. У женщин в период климакса могут вновь возобновиться регулярные менструации. Больные реже конфликтуют по пустякам и, не реагируют так болезненно на замечания окружающих. То есть исчезает нетерпимость к окружающим, и восстанавливаются адаптационные способности больного к стрессовым ситуациям. Можно смело утверждать, что РДТ является наиболее совершенным адаптогеном к стрессовым ситуациям.

Очень важным моментом является психологическая настроенность больного на лечебное голодание, которую обеспечивают не только врачи-специалисты, но и помогают им в этом сами больные. Больной наркоманией Б., 42 лет, из Киева, рассказывал автору, своему лечащему врачу, что после первого курса РДТ он появился в обществе наркоманов, просидел там целый вечер, не дотронувшись до наркотиков, и привёл тем самым в изумление окружающих его «друзей». После этого последовал его примеру больной таким же недугом С., 34 лет. Каждый из них может провести подобный фракционный метод лечебного голодания самостоятельно. Только необходимо при этом знать, что самый трудный период у них – первый день голода. Психиатры пророчили развитие у таких больных т. н. абстинентного синдрома, связанного с отменой наркотика, однако на голоде он не проявился. Кстати, сидеть возле наркоманов, принимающих наркотики, после того как человек избавился от этого недуга, категорически запрещается.

Периферические окончания нервной системы так же успешно лечатся методом дозированного голодания. У больных с дискогенным радикулитом, остеохондрозом исчезает прежде всего болевой синдром, перестают беспокоить вторичные невриты.

У больного С., 43 лет, из Витебска, после перенесённой тяжёлой травмы позвоночника долгие годы сохранялись боли в области пояснично-грудного отдела позвоночника. Больной вынужден был ежедневно принимать обезболивающие лекарства. Во время первого курса РДТ болевой синдром исчез полностью только на 8 день голодания. После этого курса голода болевой синдром вновь возобновился, но не был таким интенсивным, нестерпимым, поэтому больной обошёлся только приёмом лекарства мумиё. После второго и третьего курсов лечения наступил стойкий обезболивающий эффект. Болевой синдром не возвращался, несмотря на то, что деформация позвоночника сохранялась.

Больному Ж-ву 30 лет (диагноз: остеоартроз тазобедренных суставов, гипертоническая болезнь, ожирение IV ст.) было трудно вначале первого курса РДТ передвигаться. Мешали болевой синдром, ограниченность движения в суставах и лишний вес. Постепенно двигательный режим к 10 дню голодания был увеличен до 15 км в сутки, болевой синдром исчез. В течение трёх курсов РДТ значительно снизился вес больного (на 30 кг), нормализовалось артериальное давление. После повторных курсов дозированного голодания больной окончательно выздоровел, сохранил

двигательный режим, стал бегать. Объём движений в суставах пришёл в норму. Ему рекомендованы ежегодные профилактические курсы РДТ.

Выраженный лечебно-профилактический эффект наблюдается при отдалённых последствиях черепно-мозговой травмы и травматической эпилепсии. При врождённой форме эпилепсии отмечается далеко не всегда стойкая ремиссия заболевания.

В практике автора имел место случай клинического излечения больной Г-ц, 65 лет, от очень серьёзного неврологического заболевания – сирингомиелии.

Значительные трудности в проведении голодания испытывают больные с рассеянным склерозом. Однако в ряде случаев и у этой категории больных отмечались ремиссии заболевания.

Лечение больных шизофренией, которые длительное время принимали нейролептики, менее перспективно в сравнении с малолеченными больными. У них на ацидотическом пике РДТ могут проявляться симптомы нарушения психики. Такие больные иногда становятся в этот период неуправляемыми. Лечение этого заболевания требует стационарных условий. Это самый сложный контингент для проведения лечения методом дозированного голодания. Применение его на ранних стадиях заболевания даёт, как правило, стойкую ремиссию или клиническое выздоровление. По-видимому, прежде чем назначать нейролептики больным с психическими заболеваниями, а также другие средства, воздействующие на клетки головного мозга, следует провести 2–3 курса РДТ, и только в случае отсутствия эффекта от дозированного голодания есть смысл применять менее перспективные медикаментозные методы лечения.

**ВОПРОС: Опишите самую простую и рациональную методику проведения РДТ.**

ОТВЕТ: Для создания комфорта в период голодания применяется ряд приёмов, приемлемых для каждого взрослого человека. Первый приём – одноразовый – очищение кишечника большой дозой слабительного (магнезия или соль «Барбара» в количестве не менее 60 граммов растворяется в 300–400 мл и в один приём выпивается). Слабительное применяется перед отказом от пищи и преследует следующие цели.

Во-первых, при очищении желудка и кишечника быстрее срабатывают механизмы переключения на полноценный внутренний режим питания. Во-вторых, быстрее снимается тяга к пище.

У тех лиц, у которых кишечник был очищен недостаточно полно, ещё 2–3 дня сохраняется чувство голода. У отдельных людей имеются так называемые каловые плёнки на кишечнике в виде тонких плотных образований, которые при голоде могут выходить через прямую кишку в виде кристалликов различной формы. У таких больных тяга к пище на первом курсе РДТ часто сохраняется дольше обычных сроков. Наблюдались также редкие случаи, когда при правильном проведении РДТ

небольшое чувство голода сохранялось на протяжении десяти и более дней голодания.

В Древнем Египте накануне голодания египтяне применяли рвотные средства. Чаша со рвотным у них во времена Геродота была символом здоровья. Великий древний историк Геродот, путешествуя по многим странам Азии, побывал в Египте. Он отметил, что благодаря систематическим курсам голодания египтяне в то время были самыми здоровыми из смертных.

Индийские йоги не применяют перед началом голодания ни слабительных, ни рвотных средств, однако они могут особыми приёмами и упражнениями легко усилить замедленную при голодании перистальтику кишечника и удаляют каловые массы.

У редких больных при голодании самостоятельно срабатывает перистальтика кишечника даже при повторении курса РДТ. Однако такие наблюдения имеются. Этим больным можно обходиться без слабительного и клизм. При повторных курсах РДТ эта способность к произвольной дефекации у человека возрастает. И после пяти-шести курсов дозированного голодания многие больные не пользуются ни слабительными, ни клизмой. Однако начинающий проводить РДТ пациент должен помнить, что принятие слабительного внутрь накануне голодания является обязательным приёмом. В редких случаях слабительное может применяться повторно через 2–3 дня голодания, если больной замечает в испражнениях большое количество каловых кристалликов. Повторное применение слабительных средств без особой надобности нежелательно. Это может на какое-то время нарушить ионный обмен в организме человека, вызвать тошноту, даже рвоту.

Водный режим – второй приём РДТ, ежедневный, систематический. Следует выпивать в течение суток не менее двух литров воды. Можно пить воду сразу же после того, как начинает действовать слабительное. Последнее вызывает повышенное удаление натрия и воды из организма человека через кишечник. Если у больного имеются выраженные отёки (у декомпенсированных хронических больных), приём воды в первые два дня можно ограничить до литра. Отёки, даже устойчивые (резистентные) к медикаментозному лечению, постепенно исчезают.

Целесообразно также ограничить объём принимаемой воды внутрь в случае, если больной начинает голодать в момент повышенной температуры тела. В этом случае температура естественно без дополнительных приёмов и средств будет снижаться примерно на 0,5 °С и за 2–3 дня, как правило, приходит к норме.

При нормальной температуре водный режим необходим для более качественного расщепления жира. Больной на голоде может выпивать более двух литров воды в день, к примеру, 5–6 литров и больше, и в этом случае не наблюдается задержки жидкости в организме, Этот человек будет всего лишь чаще обычного мочиться, и моча у него наблюдается более светлой. Воду обычно пьют из источника водоснабжения в сыром

виде. Однако некоторые больные предпочитают кипячёную воду, другие пьют дистиллированную, третьи – талую. Йоги в период голодания предпочитают уходить в горы и там пить воду из горных рек. Заметной разницы в лечебно-профилактическом эффекте при изменении состава воды не отмечено, однако многие подчёркивают, что талая вода выпивается с большим удовольствием.

Третий приём – двигательный режим. Необходимо двигаться в среднем 15–20 км в день на свежем воздухе. Предпочтительнее загородные прогулки в лесу, в горах, у водоёмов и т. д. В городской черте прогулки следует проводить там, где меньшая загруженность транспортом, где имеются зоны отдыха.

Больные с низким исходным весом стараются ходить меньше, то есть не интенсифицировать двигательный режим, так как жировые запасы у них малые. Однако и таким больным удавалось проводить по 17–20 дней РДТ. Очень низкий исходный вес (42–50 кг) часто обусловлен зобом и другими хроническими заболеваниями с выраженной интоксикацией организма. Лица с «легчайшим» весом первый курс дозированного голодания переносят с определёнными трудностями. Но буквально после одного-двух курсов такого лечения они набирают нормальный вес, который болезнь не позволяла им набрать в течение многих лет. Лечебно-профилактический эффект у таких больных обычно наступает значительно раньше, нежели у лиц с ожирением 5–6 степени. Таким образом, «легчайший» вес далеко не всегда является противопоказанным для проведения дозированного голодания. Однако двигательный режим у этих больных действительно может ограничиваться 5–10 км в день.

Полная обезвоженность является относительным противопоказанием для проведения РДТ, так как у больных в этом случае могут образовываться каловые пробки, которые в значительной степени и нивелируют дезинтоксикационный эффект лечебного голодания. Больные при этом не чувствуют себя в состоянии комфорта. У них отмечается слабость, сердцебиение и другие симптомы интоксикации. Но при этом каких-либо осложнений в период физиологического срока РДТ (до 40 дней) всё равно не наблюдается. Однако в литературе описаны случаи, когда после окончания такого голодания или при неправильном пищевом восстановлении могут быть осложнения вплоть до смертельных исходов. Вот почему политические заключённые в состоянии ограниченной подвижности и без очистки кишечника период голодания переносят значительно тяжелее. У них быстрее, в течение 50–90 дней голодания, развиваются необратимые осложнения. Такие значительные колебания в сроках развития осложнений зависят от исходного состояния здоровья человека, его жировых запасов, состояния генетического аппарата, эндокринной, центральной нервной и других систем, возрастных особенностей и ряда других причин.

Двигательный режим в летнее жаркое время целесообразно проводить на воздухе в лёгкой одежде и лучше с максимумом открытой площадки

кожи тела, конечностей. В прохладное время следует одеваться теплее обычного. Желательно ежедневно при длительной интенсивной ходьбе хотя бы один раз в день пропотеть. Это удаётся с большими трудностями, так как на голоде отмечается сухость кожных и слизистых покровов. В этих случаях рекомендуется смазывать слизистые поверхности губ растительным маслом, не облизывая их. Химические помады в период РДТ не применяются.

Следующий приём – водные процедуры. С целью улучшения процессов «расшлакивания» через кожу и для укрепления кожного барьера рекомендуется не менее одного раза в сутки принимать душ или ванну. На РДТ можно применять и контрастный душ, чередуя тёплую воду с холодной. Для тучных целесообразен душ Шарко, который одновременно и массирует туловище, конечности. Один раз в 5–7 дней рекомендуется париться в бане, сауне.

В 1980 году в больнице скорой помощи г. Минска началось проведение дозированного голодания среди кардиологических больных, страдающих преимущественно ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью. Больным с гипертонической болезнью сауна назначалась широко, а вот больным с ишемической болезнью сердца по существующей инструкции эта процедура противопоказана. Но при направлении больных на сауну преднамеренно автором не указывался диагноз ишемической болезни сердца. Отмечалась только гипертоническая болезнь. При посещении такими больными сауны осложнений в период РДТ по опыту многих специалистов и собственных наблюдений автор не отмечал. Сауну в больнице скорой помощи на голоде посещали пациенты, перенёвшие ранее инфаркт миокарда, лица с различными нарушениями ритма сердца и т. д. Во всех случаях эффект был положительным. Таким образом, было доказано, что сауна в период лечебного голодания не является противопоказанием при ишемической болезни сердца.

Во время применения водных процедур не следует часто употреблять мыло. Достаточно пользоваться им один раз в 7–10 дней. Можно провести своеобразный массаж – растереть мочалкой каждую часть тела докрасна.

Следующий приём – ежедневные клизмы. Начинать ставить клизму следует примерно через сутки после действия слабительного. Каждый день с клизмой удаляются каловые массы и выделяется вода, окрашенная в жёлтый цвет жёлчью. Такой мощный желчегонный эффект на внутреннем режиме питания осуществляется, в основном, за счёт пропотевания в желудок ненасыщенных жирных кислот. В результате в период РДТ наиболее полноценно разгружаются желчевыводящие пути и жёлчный пузырь от жёлчи, что нередко способствует выходу наружу через кишечник мелких жёлчных камней, песка. При наличии желчнокаменной болезни в период дозированного голодания рекомендуется ежедневно в течение часа лежать на правом боку с грелкой. Этот дополнительный приём обеспечивает максимальную разгрузку жёлчного пузыря по принципу тюбажа. В случаях, если жёлчный пузырь заполнен крупными



камнями и при повторных курсах они не выходят в кишечник, рекомендуется оперативное вмешательство, которое проходило у наблюдаемых больных без осложнений. После повторных курсов РДТ не наблюдалось рецидивов образования жёлчных камней в желчевыводящих протоках. Не отмечалось также обострений воспаления поджелудочной железы (панкреатита), который, как правило, сочетается при воспалении жёлчного пузыря и желчнокаменной болезни.

Клизмы проводят обычным образом. Кружка Эсмарха заполняется 1,5 литрами кипячёной воды. Температура воды не должна превышать 36 °С. Затем в клизму добавляется 2–3 кристаллика марганцовки с таким расчётом, чтобы вода была окрашена в слабо розовый цвет. Больной самостоятельно, чаще в коленно-локтевом положении, вводит наконечник в прямую кишку и открывает краник наконечника. В случае, если образовались каловые пробки, желательно сделать клизму повторно и с большим количеством воды. Если у больного геморрой, эрозии, полипы или язвы кишечника, то вместо марганцовки в клизму целесообразно добавить раствор ромашки или мяты, зверобоя и ряда других трав. Как правило, клизму совмещают с последующим приёмом водных процедур.

Следующий приём – массаж грудной клетки и другие виды самомассажа. Утром и вечером в течение 0,5 часа желательно проводить сосудистый массаж, растирая поочерёдно различные части верхних и нижних конечностей, чередуя голень с плечом, бедро с предплечьем, затем круговой массаж живота. Массаж грудной клетки проводится массажистом или окружающими больного людьми. Сзади между лопаток и ниже в течение 10–15 минут проводится «давящий» массаж грудной клетки кулаками или пальцами массажиста.

Следующий приём – полоскание ротовой полости холодной водой, отварами трав и содовым раствором, чередуя их. Полоскание применяется перед каждым приёмом воды, то есть не менее 6–7 раз в день. У пациентов в период РДТ в подавляющем большинстве случаев бывает обложен язык. Появляются налёты в ротовой полости. В течение 6–7 дней и более может начаться свободный отток гноя через ротовую полость из гайморовых или лобных пазух, из зубов, поражённых парадонтозом. Очищаются от гнойного содержимого миндалины при наличии гнойных «мешков» и пробок. Миндалины – преграда (барьер) для инфекции. Восстановление этого барьера – одна из задач лечебного голодания. Поэтому больным, которые проводят повторные курсы дозированного голодания, не рекомендуется удалять миндалины, а следует таким образом их восстанавливать.

Если хронический тонзиллит у больного находится в запущенной стадии с гнойными «мешками», спайками, гнилостными пробками, в таком случае в первые 3–5 дней следует проводить механическое выдавливание этого патологического содержимого специалистом (ЛОР-врачом). При реактивации хронического воспаления среднего уха на голодном режиме следует дождаться нормализации температуры. Обычно температура тела

в течение 2–3 дней РДТ приходит в норму. Ухудшения общего самочувствия пациент при этом не испытывает.

Следующий приём – в период проведения лечебного голодания не рекомендуется носить синтетическую одежду с целью более полноценного восстановления кожного барьера, в особенности у больных, зависимых от гормональной (глюкокортикоидной) терапии. Больная Б-к., 53 лет, страдала более двадцати лет бронхиальной астмой, гормонально-зависимой, неоднократно поступала с астматическим состоянием в реанимационное отделение больницы. На 17-м дне дозированного голодания нарушила рекомендации врача, выйдя на работу в синтетической одежде. В результате через два дня появились кожные аллергические высыпания, местами преобразующиеся в пузыри, с гиперемией, шелушением, зудом кожи. После того, как больной было указано снять и более не носить синтетическую одежду, кожные проявления постепенно в течение последующих трёх дней голодания исчезли. Больная после этого случая успешно завершила лечебное голодание на 23-м дне. В последующие полгода она провела ещё два курса фракционного варианта РДТ и избавилась от приёма гормональных глюкокортикоидных средств. В течение последующих пяти лет наблюдения продолжает работать по специальности врача, к гормональным средствам ни разу не прибегала, за медпомощью не обращалась. Применение дозированного голодания в первую очередь среди медицинских работников, страдающих тяжёлыми недугами, наиболее современная пропаганда этого метода восстановления здоровья.

В другом случае такие нарушения рекомендаций РДТ и подобная кожная реакция дезориентировали больную бронхиальной астмой. Она отказалась от повторных курсов лечебного голодания, не добившись окончательного лечебно-профилактического эффекта, и, в конце концов, сохранила зависимость от глюкокортикоидных гормонов. Эта больная была взята на голодание учеником автора, врачом из г. Витебска, проводила РДТ так же в амбулаторных условиях. На восстановлении пищевого режима съела на второй день много мёда, к которому ещё до голодания отмечалась аллергическая реакция. Последовал каскад нарушений, и автору пришлось корректировать рекомендации по телефону. В начале практического освоения лечебного голодания врачи не должны брать на этот вид лечения таких сложных больных.

Не контактировать с пищей. Нарушение этого правила снижает лечебно-профилактический эффект примерно на 50 %.

С 3–4 дня РДТ целесообразно добавлять к водному режиму 0,5 литра минеральной воды. В организме  $\text{CO}_2$  присутствует в основном в пяти вариантах, в том числе и в бикарбонатах, которые имеются в минеральной воде. Бикарбонаты, как «буферы», смягчают развитие ацидотического «пика».

После проведения первого курса лечения (17–20 дней с полным исключением пищевого режима) начинается питание соками, затем преимущественно растительной пищей.

1 день питания – смешать один литр неконсервированного сока и 0,5 литра воды. Желательно приготовить морковный или яблочный соки, но можно потреблять и любой другой сок; овощной, фруктовый, ягодный. В течение пяти первых дней восстановления пищевого режима категорически запрещается потребление соли.

2 день питания: (4–5-разовое) овощами, фруктами, ягодами до первого момента чувства насыщения. Овощи в основном потребляются в сыром виде. С пищей обязательно употребляется большое количество чеснока (10–15 граммов), независимо от индивидуальной переносимости его до лечения этим методом. Можно отварить свёклу и запечь в духовке картофель к концу второго дня возобновления пищевого питания.

3 день питания: к овощам, фруктам, сокам добавляются сухофрукты, преимущественно размоченные в тёплой воде, а также две ложки мёда.

4 день: приём пищи сокращается до 3–4 раз в день. Добавляется каша из различных круп: гречка, овёс, пшено, перловка и так далее. Она приготавливается на воде и заправляется растительным маслом. К концу 4 дня можно употреблять орехи, семечки.

5 день: добавляются бобовые – горох, фасоль, можно в виде каши.

6 день: добавляется хлеб, в котором содержится соль. После чего можно переходить на трёхразовое питание по принципу американского натуропата Херберта Шелтона – более однообразная пища в один приём и наибольшее разнообразие её в течение дня, недели, месяца и т. д.

Продолжается месячный цикл такого, питания. При этом ограничиваются молочные продукты, которые в силу сложности усвоения и повышенной аллергизации организма блокируют в значительной степени пролонгированный эффект лечебного голодания. В этот период рекомендуется реже обычного употреблять яйца, куриное мясо и другие продукты животного происхождения. Учитывая продолжение после голодания эффекта улучшения биосинтеза клетками, никаких издержек для организма не замечено при потреблении только растительной (вегетарианской) пищи.

Фракционный метод дозированного голодания после месяца пищевого питания предусматривает повторный, промежуточный, более длительный курс голодания в пределах от 20 до 25 дней. После повторного курса РДТ предусмотрен такой же принцип пищевого питания, но в более длительные сроки: в течение 1,5–2 месяцев. Затем проводится третий заключительный курс лечебного голодания в течение 10–20 дней. Полное очищение языка на голоде принято считать завершением обратного развития патологического процесса, то есть клиническим исцелением заболеваний. В дальнейшем рекомендуется применять однократные профилактические курсы РДТ через 4–6–8 месяцев. Между ними можно один день в неделю или 3–5 дней ежемесячно проводить без пищи. Такие

разгрузки могут проводиться без предварительного приёма слабительного и ежедневных клизм.

Дополнительные приёмы при проведении дозированного голодания и после лечения:

1. Дыхательная гимнастика с элементом задержки дыхания по К. П. Бутейко, И. С. Гулько и др.

2. Точечный, сегментарный и другие виды массажа.

3. Аутотренинг.

4. Моржевание и бег трусцой, применяемые в основном после проведения РДТ. При наличии опытного специалиста можно дополнять лечебное голодание иглоукалыванием.

5. Больным с исходным низким весом в период начала пищевого питания дополнительно к сокам и овощам добавляются напитки, приготовленные из пивных дрожжей по следующему рецепту: 0,5 стакана пивных дрожжей, 0,5 стакана воды, две столовых ложки сахара. Всё это смешать и поставить в тёплое место на 30–40 минут. Как только появится пенка, можно выпивать сразу целый стакан. С первого дня пищевого режима можно помимо соков добавлять два стакана таким образом приготовленного дрожжевого напитка.

6. При появлении на голоде желтухи за счёт задержки выхода камней из жёлчного пузыря и протоков необходимо лёжа в течение часа прикладывать грелку к правому боку и в течение 2–3 дней можно пить отвар шиповника (0,5–1 стакан), делать упражнения из «хатха-йога». Опыт автора позволяет брать больных для проведения РДТ в период механической желтухи, обусловленной желчнокаменной болезнью.

7. При выраженном опущении внутренних органов II–III степени, в том числе при нефроптозе (опущение почек), необходимо на период РДТ носить специальный бандаж. У больной Ш., 30 лет, диагноз: нефроптоз III ст., хронический пиелонефрит, хронический холецистит и ряд других сопутствующих заболеваний, после трёх курсов фракционного метода РДТ рентгенологически определено опущение почек 0–1 ст. В оперативном лечении не нуждается. У больной исчезли болевой синдром, явления пиелонефрита. После этого больная успешно забеременела и родила здорового ребёнка. По-видимому, в почечной артерии, на которой в основном держится почка, на эндогенном питании нормализуется количество клеток в структуре стенок этого сосуда. Только так можно объяснить эффект лечебного голодания при нефроптозе, тем более, что околопочечная жировая ткань в это время в основном расходуется. Если больной пренебрегает или не ориентирован, что надо носить бандаж, состояние его почки может даже несколько ухудшиться.

В заключение следует добавить, что закаливание организма такими методами, как обливание холодной водой, моржевание, интенсивный бег, а также применение «сухого голодания» по методу П. К. Иванова, целесообразно проводить хроническим больным в далеко зашедшей стадии заболевания после проведения лечебного голодания по всем

вышеуказанным правилам. Переход к преимущественно вегетарианскому образу жизни выгоднее осуществлять также после лечебного голодания, когда биосинтез в организме становится более совершенным, и недостаточное поступление с пищей незаменимых аминокислот компенсируется последним.

**ВОПРОС: Назовите показания и противопоказания для проведения РДТ, в том числе фракционным методом.**

**ОТВЕТ:** Показания для применения дозированного голодания во врачебной практике постепенно расширяются. Примером может служить саркоидоз Бека – хроническое заболевание, при котором поражаются, прежде всего, лимфатическая система и лёгочная ткань. Болезнь требует длительного лечения. Наблюдаются такие больные в основном в противотуберкулёзных учреждениях. Пациентам обычно проводилась антибактериальная и иммунодепрессантная терапия глюкокортикоидными гормонами и азотиаприном. Длительное дорогостоящее лечение далеко не всегда приводило к успеху. Было очень много случаев рецидивов и прогрессирования заболевания на фоне медикаментозного лечения. Однако наблюдались случаи и спонтанного излечения саркоидоза органов дыхания, если этот процесс был в начальной стадии развития.

При применении фракционного метода лечебного голодания среди этой категории больных получены несравнимо более убедительные результаты. Исчезли рецидивы заболевания. При длительном применении РДТ в течение 3–5 лет полностью восстанавливали здоровье люди даже с 3-й лёгочной стадией саркоидоза, у которых не было никаких перспектив излечения, так как они длительно и безуспешно применяли глюкокортикоидные гормоны. Например, больная А-ва, 43 лет, диагноз: лёгочная форма саркоидоза органов дыхания (3 стадия), кроме того, у больной имелся комплекс серьёзных осложнений вследствие длительного приёма гормональной терапии и азотиаприна (иммунодепрессанта). Иммуновосстановительное лечебное голодание фракционным вариантом в течение пяти лет позволило больной избавиться от всех осложнений заболевания и гормонотерапии, полностью восстановить своё здоровье. У неё исчезли одутловатость лица, волосяной покров на лице. Несравненно улучшились патологические изменения в костно-суставной системе. Больная ни разу за это время не прибегала к медикаментам, за исключением лекарства мумиё.

Показаниями для назначения дозированного голодания являются многие так называемые болезни адаптации. Это – пульмонологические, сердечно-сосудистые, гастроэнтерологические, эндокринологические, неврологические больные. Наиболее распространённая группа пациентов, которым проводится РДТ, – это больные бронхиальной астмой, пациенты с ишемической болезнью сердца в сочетании с гипертонией, остеохондрозом и другими соматическими заболеваниями, больные язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки в сочетании с гастритом, холециститом,

панкреатитом, доброкачественными опухолями и т. д. Встречались в практике автора и редкие заболевания с осложнённым течением, которые поддаются лечению фракционным методом РДТ: миокардит Абрамова–Фидлера в начальной стадии заболевания (больная Л-ва, 34 года), некоторые виды злокачественных опухолей, сириногомиелия, проляпсус слизистой желудка в 12-перстную кишку, каскадный желудок, неспецифический язвенный колит в недалеко зашедшей стадии, гломерулонефрит в недалеко зашедшей стадии заболевания и др.

До настоящего времени выходят в свет методические рекомендации из различного профиля медицинских учреждений, где имеются различные противопоказания по применению дозированного голодания. Практически во всех из них имеются противопоказания при лечении злокачественных опухолей и туберкулёза. Широко применив фракционный метод РДТ, автор надеется, что поможет снять ограничения в лечении и этих хронических заболеваний.

С учётом личного опыта и накопленных знаний автор считает, что в настоящее время (на данном этапе наших знаний) противопоказанными для РДТ являются:

1. Период лактации у матери.
2. Вторая половина беременности.
3. Далеко зашедшие формы туберкулёза с обездвиженностью больного.
4. Далеко зашедшие формы злокачественных опухолей с обездвиженностью больного.
5. Далеко зашедшие формы злокачественных заболеваний крови с обездвиженностью больного.
6. Далеко зашедшие формы диффузных болезней соединительной ткани с обездвиженностью больного.
7. Ряд психоневрологических заболеваний в далеко зашедшей стадии с обездвиженностью больного или слабоумием.
8. Массивные нагноительные процессы внутренних органов (абсцессы, гангрены и некоторые другие).

Относительным противопоказанием является обездвиженность больных при любом патологическом процессе. Однако это не значит, что у таких больных не может быть положительного эффекта при проведении лечебного голодания. В случае, когда все методы и средства исчерпаны, целесообразно под строгим наблюдением медперсонала провести РДТ даже в обездвиженном состоянии больного. При этом можно получить убедительный положительный лечебный эффект.

**ВОПРОС: Как всё же проще объяснить столь широкую амплитуду воздействия лечебного голодания при различных заболеваниях?**

**ОТВЕТ:** Максимально широкий спектр лечебного действия РДТ побудил автора к мысли о создании общей, единой схемы развития (патогенеза) хронических заболеваний.

Суть этой схемы заключается в том, что она отражает общие причины и пути в развитии основных болезненных (патологических) процессов, характерных для различного профиля многочисленных хронических заболеваний.

При этом важным моментом, определяющим непереносимое условие для развития хронических заболеваний, является так называемый срыв иммунного барьера. Выражается этот срыв в основном в потере способности организма к полноценной и своевременной коррекции процессов иммунокомпетентной и ферментативной систем иммуногенетического аппарата по уничтожению всего нестандартного, несвойственного данному конкретному индивидууму. То есть в организме хроника теряется целенаправленность по сохранению физиологических клеток и уничтожению патологических тканей, или несвойственных ему белковых образований. Неадекватные и непогашаемые иммунные реакции при этом становятся иммунопатологическими, вредными для организма. В результате здоровые клетки тех или иных органов и систем подвергаются разрушению и в конце концов преждевременному уничтожению. В то же время патологическая ткань может сохраниться, распространяться и «процветать». Этот хаос в работе иммуногенетического аппарата может закрепляться по наследству, то есть передаваться в виде дефектных генов последующим поколениям людей. Естественно, у детей или внуков эти хронические болезни могут проявляться в более молодом возрасте и протекают наиболее злокачественно.

Первым шагом на пути к несовершенству работы иммуногенетического аппарата, по мнению автора, является снижение способности тех или иных клеток организма человека к погашению (нейтрализации) иммунных реакций, свойственных каждому живому организму.

При этом определённым образом повреждаются многие структуры клеток, в первую очередь, их мембраны (барьеры). Затем снижается количество и качество так называемых циклических нуклеотидов, выполняющих многие важные функции клеток. В их числе следует отметить нормализующую роль нуклеотидов в погашении медиаторов аллергического воспаления (иммуносупрессорная функция клеток).

Это и приводит к развитию и более частому проявлению в организме человека вредных, то есть иммунопатологических реакций. Разыгрываются эти реакции преимущественно в кровеносном русле и, прежде всего, в микрососудах, где кровоток замедлен и в целом наиболее объёмен. В частности, в результате непогашаемых так называемых аллергических реакций, при которых происходит лобовая встреча между антигеном и антителом, высвобождаются медиаторы аллергического воспаления, которые обрушиваются на нормальные (физиологические) клетки сосудов,

подобно ядам. При этом поражении постепенно мембраны клеток и сами клетки приходят в негодное состояние.

В результате такого пагубного действия происходит органическое перерождение мелкого (микроциркуляторного) кровеносного русла. Характерен такой процесс в большей или меньшей степени для развития любого хронического заболевания и выражается в запустевании, перерождении мелких сосудов, в образовании выпячиваний в них (аневризмок) с последующим разрывом, мелкими кровоизлияниями и рубцовыми изменениями в различных внутренних органах и системах. Микроциркуляторное русло – основное депо крови – становится несовершенным, а затем и декомпенсированным. Это создаёт условия для перегрузки крупных сосудов, застоя в полостях сердца, неблагоприятному изменению гемодинамики, при которых развиваются наиболее распространённые осложнения сердечно-сосудистых заболеваний, прежде всего гипертонические кризы.

Систематическая бомбардировка медиаторами аллергического воспаления стенок кровеносного русла, естественно, нарушает их проницаемость. В результате в плане относительной компенсации вынуждены увеличиваться свёртывающие факторы и вязкость крови. Естественно при этом и противосвёртывающие факторы крови вынуждены вырабатываться в большем количестве. Таким образом, свёртывающие и противосвёртывающие системы начинают работать на пределе своих возможностей. В конце концов развивается истощение и декомпенсация этих систем, что выражается в развитии так называемого ДВС–синдрома.

Наряду с несовершенной микроциркуляцией ДВС–синдром приводит к ещё более серьёзным катастрофам. Образуются тромбозы, развиваются кровоизлияния и т. д. В этих случаях губительный процесс распространяется и на ткани органов за пределы сосудов. При этом постепенно уменьшается количество и качество клеток-барьеров органов и систем. Создаются условия для развития болезнетворных процессов в самих органах.

В крупных магистральных сосудах на иммунопатологические реакции постепенно тоже не находится должного ответа. В результате развиваются органические изменения и их стенок сосудов. При этом, в первую очередь, поражается аорта, стенки которой кровоснабжаются микрососудами. Наконец подвергаются губительному воздействию и стенки других магистральных сосудов, которые кровоснабжаются системой так называемых «ваза вазорум» (сосуды самих сосудов), более устойчивой кровеносной системой к иммунопатологическому повреждению.

Ответной реакцией организма на такое отрицательное воздействие на сосуды является увеличение в крови жировых включений повышенной плотности, так называемых атерогенных липидов. Эти липиды и завершают процесс склероза сосудов (атеросклероз). В результате стенки сосудов становятся менее проходимыми для кровотока, ригидными. Сопротивление кровотоку возрастает. В комплексе с вышеописанными



отягчающими процессами создаются условия для развития таких заболеваний, как инфаркт миокарда, кровоизлияние в мозг (инсульт) и другие.

Есть серьёзные основания считать, что в наше время срыв иммунного барьера в большинстве случаев осуществляется повторным внедрением в организм человека вирусной инфекции.

Как внутриклеточные микроорганизмы, об этом указывалось выше, они способны создать наибольшее напряжение и вызвать хаос в работе иммуногенетического аппарата. В такой степени иммуногенетическому аппарату не могут навредить даже внутриклеточные микробы. Вирусная инфекция способна проходить плаценту и передаваться от матери ребёнку ещё в утробе матери. Она способна проникать через так называемый энцефалический барьер и поражать важные структуры головного мозга. В результате может нарушаться регуляция так называемого общего адаптационного синдрома (гипоталамус, гипофиз и т. д.). Дисрегуляция гипоталамуса, в конце концов, приводит к снижению функции этого общего адаптационного синдрома и ещё в большей степени усугубляет иммуносупрессорную функцию клеток, а с ней и дезорганизацию иммуногенетического аппарата.

Именно на основе срыва иммунного барьера и параллельного снижения функции общего адаптационного синдрома развиваются и усугубляются иммунопатологические реакции с их отрицательным повреждающим действием на сосуды, внутренние органы, системы. У каждого человека эти органы и системы индивидуально, по-разному защищены от иммунопатологических реакций, усугубляющих белковый антагонизм и гибель клеток. Поэтому на стадиях декомпенсации иммунной системы уже индивидуально могут развиваться патологические процессы в различных органах и системах хроника. У одних больных это будет выражаться в развитии преимущественно язвенной болезни желудка или 12-перстной кишки с гибелью участков тканей этих органов. У других преимущественно поражается структура позвоночника (остеохондроз). У третьих повреждаются сосуды, миокард, проводящие пути сердца (ишемическая болезнь сердца с органическим изменением коронарных сосудов миокарда) и т. д.

У многих современных больных имеются сочетания хронических заболеваний различного профиля. И применение одного метода лечебного голодания позволяет получить стойкую ремиссию комплекса хронических заболеваний. Это происходит потому, что дозированное голодание в первую очередь качественно и количественно восстанавливает работу самой важной системы человека – иммуногенетического аппарата, укрепляет барьеры клеток, органов и системы, возрождает депо крови (микроциркуляторное русло), и что не менее важно, обеспечивает долгосрочное (продолжительное) лечебно-профилактическое воздействие на организм. Человек как бы подвергается капитальному ремонту. Одни заболевания при этом «уходят» из больного организма раньше и насовсем,

другие позже и могут со временем возвращаться в предрасположенное для этого заболевания тело человека. Всё зависит от запущенности процесса, а в большей степени от упорства самого пациента в достижении стойкого лечебного эффекта. Обязательным условием такого упорства является повторение профилактических курсов РДТ ежегодно, а при необходимости и один раз в полгода до достижения окончательного исцеления. Имеется много ярких примеров того, как, казалось бы, обречённые на смерть больные, упорно продолжая повторять длительные курсы дозированного голодания, через многие годы становились практически здоровыми людьми и сеяли среди окружающих их людей семена здоровья, пропагандируя этот метод лечения и закаливания.

**ВОПРОС: Можно ли амбулаторно, в домашних условиях проводить РДТ?**

**ОТВЕТ:** Древняя цивилизация не имела больниц. Поэтому все методы лечения, в том числе и лечение голоданием проводились в домашних условиях. Римский император Веспасиан лечился голоданием по рекомендации ученика Гиппократов и выздоровел от хронического недуга, который «нажил» в длительных военных походах. В те времена центром мировой культуры был город Александрия. Вот оттуда и пожаловал к императору доктор, чтобы назначить этот вид лечения. Возможно, доктор не слишком заботился о том, насколько правильно он поставил диагноз. Вероятно, он был уверен в действии голода и потому, что Веспасиан забывал в походах соблюдать религиозные обряды, в том числе и чистый пост.

Практически все древние знаменитые врачи владели и широко пользовались методом голодания как среди богатых, так и среди бедных. В случаях, когда болезнь не поддавалась другим методам лечения или диагноз был неясный, часто применялся голод. Наблюдения врачей за голодающим пациентом были примитивными. А для профилактических целей этого наблюдения вообще не требовалось. Древние религии впитали этот атрибут от древних учений (буддийское философское учение, основанное на аскетическом образе жизни бытия и др.).

В современных инструкциях отмечено, что лечение должно проводиться только в стационарных условиях под наблюдением специалиста. На этот факт имеется много объяснений. Во-первых, первые инструкции по разгрузочно-диетической терапии были составлены психиатрами в основном для больных шизофренией. Этот контингент больных специфичен и всегда, не только на голоде, требует пристального наблюдения врачей-специалистов, так как они могут быть социально опасными в отношении окружающих их людей и самих себя. Во-вторых, метод в те времена начал только развиваться, и потребовалось много десятков лет, чтобы доказать, что он безвреден. Противники этого метода часто занимали высокие инстанции в здравоохранении. Поэтому подчас непонимание ими проблемы и недостаточно убедительные теоретические

обоснования специалистов по дозированному голоданию приводили к перестраховке. Казалось, проще обязать проводить госпитальное наблюдение с тщательным лабораторно-диагностическим контролем и т. д. Вот почему в научной литературе приводится много статей по успешному амбулаторному методу лечения соматических больных. И в то же время все методические рекомендации этот народный метод в домашних условиях проводить не советуют.

Как указывалось выше, на лечебном голодании практически не бывает катастроф (в период проведения РДТ), таких, как гипертонический криз, астматическое состояние, инфаркты, инсульты и т. д. Это основа для более широкого применения его в амбулаторной практике здравоохранения, так как медикаментозное лечение и другие варианты немедикаментозной терапии не исключают таких катастроф или осложнений при хронических заболеваниях.

Амбулаторно больные могут совершать прогулки в любое время. У них собственные кружки Эсмарха, собственная ванная комната и нет проблем в организации пищевого питания после РДТ, проведения безкалорийной диеты и т. д.

Напрашивается другой вопрос, а нужны ли вообще стационары для проведения этого метода лечения? На данном этапе развития РДТ они необходимы. Есть категория людей, которые не могут проводить лечебное голодание без отрыва от работы. Это больные с тяжёлым физическим трудом, лица, работающие во вредных условиях производства, в пищеблоках, часто бывающие в командировках, и ряд других категорий людей. Таким больным необходимо освобождение от работы на период РДТ. Пока поликлинические врачи не имеют указаний на этот счёт от руководителей органов здравоохранения.

Имеются категории больных, которые требуют пристального наблюдения на пищевом режиме после первого курса лечебного голодания. Это больные со стенозирующим коронаросклерозом, зависимые не только от нитратов, но и от группы анаприлина ( $\beta$ -блокаторов), гормонально зависимые и зависимые от симпатомиметиков прямого действия ( $\beta$ -стимуляторов), применяющие ингаляторы больные бронхиальной астмой. Такие больные нуждаются в стационарном проведении хотя бы первого курса РДТ. Остальные категории хроников могут проводить дозированное голодание амбулаторно, не занимая стационаров, но под наблюдением специалистов, ибо «нарушителей» РДТ пока ещё очень много. Дисциплина в проведении лечебного голодания – основа, залог успеха.

Следующий важный фактор – необходима разумная психологическая настроенность больного на проведение метода РДТ. Важным является и обстановка, среда, в которой проводится голодание. Некоторые врачи, окружающие больного друзья, родственники так смело дезориентируют пациента, что последний начинает сомневаться в необходимости проведения данного метода и уходит на долгие годы или навсегда от РДТ.

Пациент Н-ов, 53 года, на вопрос о том, почему он не повторяет в предусмотренное время повторный курс дозированного голодания, попросил дать ему небольшую отсрочку, чтобы отдохнуть от того психологического воздействия, которое оказывали на него его же сотрудники по работе в период проведения РДТ. И это несмотря на то, что больной за один первый курс такого лечения значительно поправил своё здоровье. У него исчезли приступы стенокардии – прекратились боли в области сердца, нормализовался пульс (были пароксизмы мерцания предсердия), восстановилось нормальное артериальное давление, исчезли головные боли, головокружения, перестали беспокоить остеохондроз, холецистит, панкреатит, уменьшились явления колита, стул стал регулярным: 1–2 раза в день (ранее страдал запорами) и т. д. Вот что такое психологическая нагрузка со стороны окружающих «знакомых». В подобных случаях больному даются рекомендации специалистом, чтобы он не пропагандировал своё голодание среди таких окружающих пациента людей и врачей до завершения курсов РДТ и окончательного лечебно-профилактического эффекта. В то же время отмечено значительно больше случаев, когда проводимый курс лечебного голодания в амбулаторных условиях искренне привлекал внимание окружающих. Они начинали не только морально поддерживать больного, но и сами включались в этот оздоровительный процесс.

На данном этапе состояния нашего здравоохранения стационарное лечение больных методом дозированного голодания имеет ряд положительных моментов, которые необходимо выгодно использовать с целью развития этого метода лечения. Окружающие больные, которые лечатся в больницах медикаментозно, пристально наблюдают за теми, кто голодает. Активное поведение, мощный двигательный режим, хороший цвет лица и в особенности настроение «голодающих» – очень чётко передаются другим окружающим пациентам. Это перестраивает психологию больных несравненно быстрее, нежели самые серьёзные увещания медицинских работников, рекомендующих голодание.

Совместное проведение лечебного голодания выгодно отличается от индивидуального тем, что, общаясь между собой, пациенты делятся своими впечатлениями о каждом дне лечения, находят какие-то закономерности и морально поддерживают тех, кто в глубине души боится каждого следующего дня голода, пока не пройдёт первый курс РДТ. Врачи, несведущие в этом виде лечения, даже в стационаре часто попадают в неловкое положение. Любопытен в этом случае такой пример. Больная Б-я, 46 лет, страдавшая тиреотоксическим зобом III ст., хроническим холециститом, гастритом, колитом, нарушением ритма (приступы мерцательной аритмии), неврозом и т. д., провела с исходным «легчайшим» весом в 52 кг три курса фракционного РДТ. Все симптомы заболевания ушли, и со счастливым видом в период последнего пищевого восстановления зашла к профессору, который «протезировал» её на этот метод. Выслушав радостные отзывы, профессор, ни о чём не подозревая,

добавил: «Ну а если захотите сделать операцию на щитовидной железе, я лично попрошу об этом специалиста-хирурга». Дело а том, что профессор не предполагал, что чаще всего щитовидная железа на РДТ приходит в норму, и оперативного вмешательства, естественно, у таких пациентов не требуется. Как раз это был аналогичный случай, и лечащий врач (автор) заранее уведомил больную о том, что ей операция не понадобится.

После разговора с профессором больная решила, что лечащий врач её дезориентировал. Выписавшись через два дня, больная отправилась вначале в Ленинград, затем в Москву в платную поликлинику для того, чтобы убедиться, кто же прав, затаив недобрые намерения против лечащего врача. Наконец, убедившись, что она практически здорова, больная стала таким активным пропагандистом РДТ, что последующие годы агитировала и проводила курсы дозированного голодания окружающим её родственникам, сотрудникам, знакомым. В одном из новогодних поздравлений лечащему врачу больная отметила, что если кто-либо сомневается в успехе лечебного голодания, то просила прислать его к ней лично. Такая психология больного, что, возможно, он один, такой демонстративный больной, может собственным примером убедить больного на проведение РДТ, встречается нередко.

Другие больные часто после проведения курса лечебного голодания начинают представлять свою личность окружающим как пример сверхволевого человека с незаурядными природными задатками, тем самым они отпугивают от этого метода лечения, ибо далеко не все хроники сохраняют волевые качества. Необходимо, однако, знать, что сам метод дозированного голодания после его проведения действительно укрепляет волю, целенаправленность в достижении победы над болезнью. Это и позволяет человеку окончательно восстановить своё здоровье.

Метод РДТ при соответствующей подготовке можно проводить в самых экстремальных условиях. Это было доказано членами советской молодёжной экспедиции, которая прошла тысячи километров в условиях арктической зимы по побережью Ледовитого океана. По телепрограмме клуба путешествий ведущий Ю. Сенкевич отметил этот эксперимент с 14-дневным голоданием как большой вклад в науку по изучению возможностей адаптации человека в суровых условиях Арктики.

Парадоксальным для современной медицины является и тот факт, что одно лечебное голодание может заменить массу лечебно-профилактических методик и в то же время обеспечить более фундаментальный положительный результат даже в тех случаях, когда он проводится без всякого медицинского контроля.

Больной В-к, 46 лет, страдал почечнокаменной болезнью, гипертонией, ожирением, остеохондрозом и рядом других сопутствующих заболеваний. Излишний вес, более 140 кг, и так называемые «шипы» на стопах ног ограничивали его двигательный режим. Учитывая предстоящую операцию по поводу огромного камня в лоханке, урологами было рекомендовано лечебное голодание для более успешного проведения

оперативного вмешательства на почках. Больной провёл в 1980 году три курса голодания по 20–25 дней, в том числе два последующих курса были проведены самостоятельно в домашних условиях. И в противовес предсказаниям врачей, в том числе и прогнозам специалистов по РДТ, камень начал разрушаться и выходить через мочевыводящие пути. К этому времени больной сбросил лишний вес, лишился гипертонии, «шипов» на стопах ног и стал ежедневно бегать на большие расстояния. На повторной консультации у ведущего уролога республики академик выразил удовлетворение результатами такого лечения и заявил, что теперь больной сам себе исцелитель.

Развитие амбулаторного и стационарного методов дозированного голодания должно развиваться гармонично, без каких-либо ограничений для населения со стороны органов здравоохранения.

**ВОПРОС: Какие наиболее типичные ошибки делают больные и врачи при ознакомлении с методом дозированного голодания и во время его проведения?**

**ОТВЕТ:** Когда больной знакомится с методом лечебного голодания при прослушивании популярной лекции, посредством информации через радио, телевидение или книгу об РДТ, он прежде всего идёт за советом к врачу. И вот здесь часто происходит так называемый эффект рикошета. На положительную информацию о голоде этот больной, как правило, получает несколько однотипных отрицательных рецензий со стороны лечащего врача, «компетентных» знакомых, родственников и других «доброжелателей». Все они нередко в унисон убеждают больного, что «голод не тётка» – может привести больного к плачевным результатам. Сколько ни голодай, а кушать вновь придётся начинать, так что все болячки проявятся снова, а скорее всего будет ещё хуже. Некоторые из советчиков слышали или читали в газетах о смертельных исходах на лечебном голоде. Кое-кто замечает, что мода на голодание кончилась, что где-то этот метод запретили категорически. Естественно, у каждого пациента есть простое логическое мышление, и он может предположить, что без основательной причины методика с эффективными результатами как будто бы в нашей стране не запрещают.

Наконец, приводятся убедительные доводы со ссылкой на специальную научную медицинскую литературу, что метод должен осуществляться только строго в больничных условиях под наблюдением врачей. И этот завершающий аргумент наиболее убедительно воздействует на сознание больного, что дело это рискованное и чрезвычайно сложное. Последующие доводы льются как из рога изобилия, пациент начинает верить в то, что положительная информация по дозированному голоданию нереальная, надуманная. Так легко и просто разрушаются надежды больного на излечение. В лучшем случае пациент склоняется к мысли воздержаться временно от проведения РДТ. Некоторые из таких больных спустя много лет всё же решаются обратиться к этому методу лечения, но

уже тогда, когда заболевание приходит в далеко зашедшую стадию. И если им всё же удаётся на голоде избавиться от своих недугов частично или полностью, они всегда с горечью вспоминают об упущенном времени. Пожалуй, это одна из важнейших причин, почему основной контингент больных приходит на РДТ в далеко зашедшей стадии болезни. Для излечения таких больных приходится тратить на дозированное голодание больше времени. Большинство же больных так и не приходят в лоно РДТ.

Вторая ошибка, не менее грубая и часто имеет место, когда больные получают консультацию непосредственно у специалистов по дозированному голоданию. На консультации из 100 пациентов только 2–3 человека уверены, что они смогут провести РДТ. Остальные люди обычно считают, что они не могут переносить голодание, что через несколько часов у них появятся головокружение и другие симптомы, что этот метод, возможно, и хорош, но не для них. Здесь всё зависит от опыта специалиста по РДТ, как он сумеет убедить больного, что метод продуман природой для каждого человека, что переключение организма на внутренний режим питания закодировано природой. Удовлетворившись такой обнадеживающей информацией, больные начинают затем советоваться с другими врачами, обсуждая рекомендации специалиста. Самые большие дилетанты в этом вопросе, как ни странно, оказывается, врачи, да ещё с учёными степенями. Их скептическое отношение носит незавуалированный характер. Они настолько категоричны, настолько самоуверенны в своих отрицательных рекомендациях по голоду, что порой хочется спросить у них, знаете ли вы, что земля круглая? Естественно, они ответят, что знают. Так вот, в средневековье тоже многие маститые учёные никак не могли поверить в то, что земля круглая или что она вертится. Периоды познания любой научной гипотезы проходят три стадии. В первой дилетанты считают истину чушью. Во второй стадии познания они начинают в чём-то сомневаться и уже утверждают, что в этой гипотезе есть что-то разумное. А третья стадия познания – это когда все знают, что земля вертится или она круглая, и говорят: «А кто этого не знает».

Данная книга предполагает помочь перевести таких дилетантов по РДТ хотя бы во вторую стадию познания. Вот тогда ошибки в разговоре с пациентами сведутся к минимуму. А пока, учитывая тот факт, что советы можно давать бесплатно и никого ни к чему они не обязывают, отдельные врачи «поют те же песни» о вреде лечебного голодания, ссылаясь то на политических заключённых, то на голод в условиях Освенцима, в Эфиопии, то на случаи применения диет с ограничением питания. Только весьма образованные в этом вопросе люди ориентируются на неправильное смешивание двух понятий лечебного и губительного голоданий. В нашей стране врачей довольно-таки много, пожалуй, больше, чем в любой другой стране мира. Но, к сожалению, знающих этот метод, проверивших его на практике, пока десятки, возможно, сотни врачей среди сотен тысяч медиков.

В мединститутах и институтах усовершенствования врачей этому методу пока не уделяют должного внимания. Был период, когда специалистов лечебного голодания попросту увольняли с работы. Думаю, эта тенденция ещё кое-где сохранилась и её надо бы поскорее изживать. Травить людей, которые могут оказать кардинальную помощь больным, – это антигосударственное мероприятие. Чем поскорее лишимся инквизиторов XX века, тем быстрее забудем об этих гонениях, тем эффективнее и совершеннее станет наше здравоохранение, наша медицинская наука. А пока, к сожалению, на одну положительную рекомендацию по голоданию может быть 5–10 отрицательных мнений врачей различных специальностей, ни разу не опробовавших метод РДТ. Это способствует коренному изменению психологии пациента. В таких случаях больные часто уклоняются от проведения РДТ даже после консультации специалиста.

Ещё печальнее обстоит дело, когда первые возникшие трудности в проведении РДТ, связанные с появлением каких-то необычных симптомов на голоде, в частности сладкий вкус гноя в ротовой полости, проникающего из гайморовых пазух, горечь во рту с симптомами тошноты при гастродуоденальном рефлексе (забросе жёлчи в желудок), одышка при подъёме на крутую лестницу или в гору и т. д. совместно с психологической обработкой против голода родных, близких, знакомых и наблюдающих врачей, приводят к тому, что больной прерывает первый же курс лечебного голодания, не посоветовавшись со специалистом. При этом пациент, как правило, не задумывается над тем, что выбор оптимально длительного срока голодания предусмотрен для того, чтобы как можно сильнее воздействовать на болезнетворное начало.

В результате таких срывов из цикла лечебного голодания больные могут получить рецидив заболевания. А для окружающих его пациентов это в какой-то степени может стать дискредитацией такого мощного натурального метода, который среди специалистов считается «тузом тузов» народных лечебных средств.

Следующая наиболее распространённая ошибка больного – это развитие в себе чувства недоверия к отдельным приёмам в методике проводимого лечения. Больной пошёл на то, чтобы осуществить дозированное голодание, но отдельные обязательные рекомендации врача у него и его окружающих людей вызывают скептическое отношение. В результате пациент умышленно не соблюдает этих правил.

Показателен такой пример. Больная С-на, 64 лет, из сельской местности, диагноз: ревматоидный артрит. Упорные боли в суставах не давали ей возможности обслуживать не только домашний скот, но и себя. Приехала для проведения РДТ в городскую квартиру к дочери. На 15 день дозированного голодания вновь возникли боли и усилилась скованность в суставах. При посещении врачом-специалистом на дому во время тщательного опроса больной и её родственников, обнаружилось, что больная с 10 дня голодания позволила себе добавлять к водному режиму



соки, надеясь, что этим поможет усилить лечебный эффект. Получилось наоборот, и всё пришлось начинать сначала.

Другая оплошность, которая весьма часто встречается в практике РДТ, это возобновление контакта с пищей в период проведения дозированного голодания. Как отмечалось выше, с первых дней изъятия из рациона пищи человек не ощущает чувства голода или оно его серьёзно не беспокоит. В таком состоянии возникают различные психологические ассоциации. Пациентам хочется, к примеру, посидеть за кухонным столом и понаблюдать в присутствии запахов пищи за своим состоянием. Органы обоняния, равно как и зрения, слуха на голоде восстанавливаются и как будто бы обостряются. А вот почему притупляется чувство голода – загадка для больного. Так часами люди на голоде проводят в контакте с пищей. Некоторые из них даже готовят обеды, не апробируя на вкус продукты, и приходят в неопишуемый восторг, что у них всё получается. И семью накормила, и лечение провела – так рассуждают чаще всего женщины, которых или закабалили приготовлением пищи взрослые «мужские» семьи, или эти женщины свою стряпню считают самым важным в семейной жизни. При этом автор слышал иронические высказывания в адрес специалиста по РДТ, который контактировать с пищей им не велел. Только когда появлялись симптомы изжоги, бессонницы, раздражительности, вместо нормализации состояния больного, тогда пациенты вновь возвращались к установленным правилам РДТ. Однако всё равно суммарный лечебный эффект в целом при этом снижался.

Некоторые больные продолжают ставить клизмы и после курса лечебного голодания. У отдельных из них при этом могут развиваться привычные запоры. В то же время правильное проведение РДТ восстанавливает перистальтику кишечника с ежедневным нормальным стулом.

Одной из ошибок при возобновлении пищевого питания после курса дозированного голодания является приём внутрь пересоленных продуктов. При этом могут развиваться, как указывалось ранее, отёки, которые не следует ликвидировать мочегонными средствами, а лучше очистить кишечник и 1–2 дня воздержаться от пищи или включиться, если это возможно, в мощный двигательный режим (бег).

Довольно-таки часто делаются серьёзные ошибки больными и их лечащими врачами после завершения первого курса дозированного голодания среди обречённых на гибель и онкологических больных. При этом положительный эффект не должен расцениваться как окончательная победа. К сожалению, такие больные часто выходят из-под контроля лечащих врачей. К чему это приводит, показывает ряд следующих примеров.

Больной И-й, 45 лет, диагноз: аденокарцинома прямой кишки с метастазами в лимфоузлы и печень. Профузное (обильное) кровотечение с большой потерей крови. Провёл фракционный метод РДТ под

наблюдением специалиста. Самый крупный метастатический узел в подключичной области слева значительно уменьшился, стал мягче. Эндоскопически в кишечнике также отмечена положительная динамика. Больному было предложено оперативное вмешательство в связи с тем, что процесс стабилизировался и дальнейшее метастазирование не было отмечено. Больной уверовал в полное клиническое излечение от злокачественной опухоли только методом РДТ, и несмотря на рекомендации специалиста по РДТ, онкологов и врача-эндоскописта, отказался от операции. Продолжая вести активный образ жизни, часто выезжал в командировки, и через год вновь наступила реактивация процесса с повторным кишечным кровотечением. В стационарных условиях консервативное (медикаментозное) лечение эффекта не дало, и больной в скором времени погиб.

Другой пример. Больной И-к, 41 год, диагноз: ишемическая болезнь сердца, стенозирующий коронаросклероз (тотальный склероз сосудов сердца), 96 процентов поражённых коронарных артерий. После завершения обследования в БелНИИ кардиологии и получения отказа в оперативном вмешательстве пошёл на метод дозированного голодания. Учитывая тот факт, что врач, рекомендовавший больному этот вид лечения, не был специалистом по РДТ, не учёл специфику заболевания, что больному на протяжении многих лет был зависим от лекарственных средств (нитратов и  $\beta$ -блокаторов), держал их под подушкой и не мог без них сделать даже шаг, автором было рекомендовано привести его на консультацию. Во время консультации больному было детально объяснено, что после первого курса РДТ ему необходимо будет лечь в стационар для проведения тщательного наблюдения за его состоянием здоровья. Больной был занят по основной работе в политехническом институте и ещё по хоздоговорной теме в другом учреждении, поэтому заранее отказался от госпитализации. В таком случае ему были даны рекомендации принимать после первого курса РДТ лекарства и при любом ухудшении самочувствия обращаться к специалисту по РДТ (дан домашний и рабочий телефоны). Однако в период дозированного голодания больному в советах не нуждался. Врачи также не смогли его систематически контролировать, так как больному по непонятным причинам часто ночевал не дома, а у друзей. Случайно, в первый день пищевого питания после 20 дней голодания, автор встретил этого больного на улице, и пациент похвастался, что в течение рабочего дня успешно прочитал лекцию, затем посетил другое учреждение, где участвовал в обсуждении хоздоговорной темы и обошёлся при этом без всяческих лекарств. Через три дня у больного ухудшилось состояние, он почувствовал себя дурно, но к врачам-специалистам не посмел обратиться. Был, по-видимому, уверен в положительном исходе, лекарств не принимал. Со слов дочери последние часы жизни метался из комнаты в кухню и назад, но за медпомощью не обратился. Наконец появилось обморочное состояние, была вызвана скорая помощь. Медикаментозное

лечение эффекта не дало. Больной погиб. На вскрытии помимо стенозирующего атеросклероза отмечен тотальный спазм периферических сосудов.

Эта единичная трагическая судьба в первые дни пищевого питания, пусть даже обречённого на смерть больного, могла отрицательно повлиять на развитие РДТ, если бы врач заведомо не предупредил больного о возможных последствиях.

Переоценка возможностей собственного организма и метода РДТ на первом этапе его лечебно-профилактического воздействия может служить основной причиной гибели этих чрезвычайно сложных больных. После этого случая и до него у автора успешно лечились фракционным методом не менее сложные больные.

В частности, больной К-в, 54 года, с синдромом Лериша, при котором диагностированы стенозирование брюшного отдела аорты, сонной артерии, почечных артерий, атеросклероз нижних конечностей и имел место стенозирующий коронаросклероз. Этот больной из г. Мозыря Гомельской области был рекомендован для РДТ также БелНИИ кардиологии хирургом-кардиологом. Прошёл успешно фракционный курс РДТ под наблюдением автора.

В ряде случаев, когда больной проводит первый курс дозированного голодания, ему кажется, что он достиг окончательного результата и на этом останавливается, ссылаясь на отсутствие времени на это лечение, или ещё хуже, дескать, хватит того эффекта, которого достиг после однократного голодания.

В практике автора имелся вообще уникальный случай, когда больная бронхиальной астмой, гормонально зависимая, провела фракционный метод РДТ и вновь без надобности стала принимать преднизолон только лишь потому, что не захотела, чтобы у неё, как и у её односельчанки, сняли группу инвалидности. В результате ей бы пришлось идти работать в совхоз, а своего маленького сына не с кем будет оставить. Таким образом она объяснила автору свой отказ от повторного курса РДТ. Ребёнок этой пациентки страдал хроническим гломерулонефритом (поражение почечных канальцев и клубочков). Больная пожертвовала своим здоровьем ради seriously больного ребёнка. Если бы она фундаментально восстановила своё здоровье, проведя необходимое количество курсов РДТ, то в последующем этот метод пригодился бы детям и внукам. Не познав радости выздоровления, она не сможет принести радость членам семьи, их потомкам.

Когда врач видит лица больных, избавившихся на всю последующую жизнь от гормональных и других лекарственных средств, невольно чувства его переполняются уверенностью в завтрашний день здравоохранения. Автор защитил кандидатскую диссертацию за два года до того, как впервые познакомился с методом РДТ и его результатами. До этого времени он считал, что овладел основами медицины. Но после того, как он применил метод РДТ на самом себе, избавившись от ряда хронических

заболеваний, распространил его среди своих родных, близких, знакомых и стал свидетелем фундаментального лечебно-профилактического эффекта, только тогда почувствовал, что он врач, способный не только диагностировать, но и успешно лечить больных-хроников. Сколько бы ни развивалось, ни совершенствовалось здравоохранение в области диагностики без совершенного лечения – это выброшенные на ветер средства и деньги. Пациентам преждевременно умирать с уверенностью, что им точно поставлен диагноз, ничуть не легче, нежели скончаться без его уточнения. Однако необходимо помнить, что и дозированное голодание не панацея при всех заболеваниях и стадиях их развития. Врачу и пациенту желательно реально подходить к возможностям РДТ.

Больной Б-ко, 50 лет, диагноз: ИБС, прогрессирующая стенокардия, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь III ст., состояние после перенесённого инсульта в 1973 году; в 1975 году провёл РДТ, получена ремиссия заболевания. В течение более двух лет не беспокоил врачей. Однако, учитывая грозное течение процесса, больного вновь стали беспокоить микрокровоизлияния в глаз, головные боли, боли в области сердца. Со временем возвратились и гипертонические кризы, но к методу РДТ больной больше не прибегал, так как решил, что и данный метод ему помог только временно. В последующие годы более 30 раз находился на госпитализации. Через 10 лет, в 1985 году, случайно попав в больницу скорой помощи, он увидел на обходе специалиста по РДТ. После короткой беседы автор порекомендовал ему возобновить метод. Ведь за эти годы у больного не повторялись такие катастрофы, как инсульт или инфаркт миокарда. Больной мысленно согласился на проведение этого метода, но продолжал принимать медикаменты. В это время в газете «Советская Белоруссия» вышла статья, порочащая метод лечебного голодания. И пациент, испытавший ранее целебное свойство РДТ, дал неадекватную психогенную реакцию. В этой статье автор указывал на вероятность при проведении РДТ гибели физиологических клеток головного мозга и печени, ничем это предположение не аргументируя. В действительности же физиологические клетки органов и систем во время физиологических сроков голодания сохраняются лучше, более совершенно, нежели при пищевом энергоснабжении.

**ВОПРОС: Что мешает широкому внедрению метода и что надо сделать, чтобы устранить эти помехи?**

**ОТВЕТ:** Ученик московского специалиста по РДТ, профессора Ю. С. Николаева, психиатр из Нью-Йорка, однажды при встрече с Юрием Сергеевичем пожаловался, что в его квартиру в Нью-Йорке пришли гангстеры и пригрозили расправой, если этот врач не закроет стационар, где проводился метод лечебного голодания. В этом случае более или менее всё ясно. Вероятнее всего, гангстеры были подсланы конкурентами из фармакологического концерна.

У нас в СССР имеются все условия для развития натурального метода, экономически выгодного и мощного по своему лечебно-профилактическому эффекту лечению. Больному остаётся несколько потрудиться над собой и не обращать внимания на отдельные выступления в печати.

В газете «Известия» за 27.11.83 в статье «Хотите быть стройными» автор Л. Ивченко по поводу лечебного голодания высказывается иронически и тут же утверждает это примером студентки, которая, желая стать изящной, целый год питалась тремя творожными сырками в день. Она похудела на 48 кг и поступила в клинику института питания с явными признаками авитаминоза и истощения. Этот вариант недоедания отличается от лечебного голодания, как солнце от луны.

В журнале «Здоровье», в телевизионных передачах, «Здоровье» и других медицинских и немедицинских газетах нет-нет да и проскочит пугающая население информация о лечебном голодании. Берутся судить о методе неспециалисты.

В той же газете «Известия» за 10.01.84 даёт интервью прозаик-публицист Даниил Гранин в статье «В людях цену неповторимость». На вопрос корреспондента об увлечении современного населения голодной диетой, психотренингом, дыхательной гимнастикой и т. д. Д. Гранин отвечает более разумно, чем некоторые врачи. «Я вижу в этом одно из проявлений массового интереса к науке, научному познанию возможностей собственного организма. Думаю, не нужно бояться такого бума, не нужно действовать окриком. Есть области, где пока и наука не сказала своего последнего слова. Важно то, что в своём естественном развитии научное познание всё же скажет это слово, отметит заблуждения, восстановит истину, потеснит понятную в таких случаях фантастику».

Есть серьёзные основания полагать, что лечебное голодание способно не только сохранять, но и обновлять (восстанавливать) генетический аппарат человека. Проведение РДТ среди молодых супругов накануне зачатия ребёнка, которыеотягощены по наследству хроническими заболеваниями, по-видимому, более чем целесообразно.

Для сохранения видов живой материи на Земле существуют два основных принципа. Первый – размножение, второй – циклический переход в состояние анабиоза, гипобиоза, мезобиоза или менее длительное полное воздержание от пищевого энергоснабжения в бодрствующем состоянии. При пищевом энергоснабжении генетический аппарат разрушается, при эндогенном сохраняется и частично восстанавливается.

Буддийская философия – учение об аскетизме – была вначале достоянием высшей касты Индии. Когда на основе учения была создана буддийская религия, в той или иной степени атрибут голодания стал достоянием всего взрослого населения. В те времена человек не мог даже приблизительно объяснить, почему длительные голодания не только сохраняли жизнь, но и восстанавливали здоровье. О биосинтезе, который обеспечивает дополнительную энергию и восстановление органов, систем,

никто тогда не догадывался. Да и многие другие законы живой природы не были известны человеку. К сожалению, до настоящего времени мистификация этого народного средства и других натуральных приёмов закаливания организма существует.

Как-то на одной из дискуссий на трибуну вышла женщина средних лет, стройная, подтянутая и сказала: «Вы видите, какая я? Я голодаю по библии. Ранее я была больная, а теперь, познакомившись с библией и применив её приёмы, я выздоровела». Далее она продолжала: «Наши врачи ничего не умеют, только залечивают болезнь». И с нескрываемым гордым видом она сошла со сцены. Это было в г. Минске в середине ноября 1987 года.

Чтобы подобное не случилось, необходима не только психологическая перестройка, но прежде всего высокий профессиональный уровень подготовки и гражданской ответственности врачей. Необходимы фильмы об эндогенном питании. Целесообразно создать отдел в институте питания, который бы именовался научно-исследовательским или научным отделом эндогенного питания. Следует снять ограничения на проведение метода в амбулаторных условиях. Все подготовленные кадры по РДТ, а их уже немало в стране, нужно использовать целенаправленно и в полном объёме.

Современное развитие науки даёт основу на значительное ускорение в развитии теории лечебного голодания. Основа теории заложена. Поэтому необходимо сделать всё, чтобы человек проводил этот метод благодаря собственному пониманию значимости РДТ для своего здоровья и последующих поколений.

**ВОПРОС: Что можно сделать, чтобы побыстрее, шире и более эффективно освоить лечебное голодание современной наукой и интенсивнее внедрять этот метод в практику здравоохранения?**

**ОТВЕТ:** Прежде всего необходимо снять искусственные барьеры для всесторонней широкой апробации этого метода в различных областях медицины и биологии.

Иммунологи и генетики должны определить предел возможностей РДТ в проблеме сохранения и восстановления иммуногенетического аппарата в различные сроки голодания при разных периодах его проведения в зависимости от индивидуального исходного состояния иммунной и других систем организма человека.

В результате будет установлено, сколь часто мы сможем проводить длительные и короткие курсы голодания, к примеру, на протяжении года жизни, и какую степень запущенности заболеваний под силу одолеть методу РДТ. Ведь осваивается метод лечебного голодания различными научными школами неоднотипно, с разными сроками воздержания от пищи. Это подтверждает тот факт, что внедрение голода, как метода лечения, среди людей проходило и часто сейчас проводится прежде всего эмпирическим путём. Затем успешный опыт побуждал учёных заниматься

теоретическим обоснованием того, что определяло лечебно-профилактический эффект.

Чем скорее наша медицина поставит этот метод на широкую научную основу, тем большего экономического и социального эффекта может достигнуть наше социалистическое общество. Это и есть один из элементов решения проблемы в перестройке и интенсификации здравоохранения. Здесь затраты на науку полностью окупятся, ибо даже эмпирическим путём метод доказал, насколько он всемогущ и широко доступен. Уже сейчас можно смело сказать, что каждому подвластен этот метод. Однако в какие годы жизни наиболее целесообразно начинать и оканчивать дозированное голодание, в какую пору года эффект бывает лучше или хуже, какие факторы усиливают этот эффект – в этих вопросах ещё много непознанного, и задача медицинской науки – закрепить эти разделы научными знаниями.

Важным моментом в развитии РДТ является изучение её доступности для населения. Для этих целей необходим координирующий научно-методический центр, который бы изучил опыт специалистов РДТ с учётом специфики работы пациентов, их семейного и бытового состояния и других факторов. Необходимо внедрять этот метод лечения в различные звенья здравоохранения: в поликлиниках, санаториях, профилакториях, больницах и, прежде всего, в научно-исследовательских учреждениях различного профиля, занимающихся лечебно-диагностическим процессом в клинических больницах. Это даст мощный толчок в пропаганде метода РДТ среди населения. На первых порах достаточно в стационарном отделении больницы, санатория выделить отдельные палаты для проведения лечебного голодания. Желающие найдутся всегда. Сравнительные результаты медикаментозного, различных немедикаментозных методов лечения и дозированного голодания дадут основания и врачам-специалистам и больным оценивать значимость полноценного эндогенного питания. Только одно условие при этом необходимо – это, чтобы работа по проведению лечебного голодания была поручена специалисту, энтузиасту, заинтересованному в том, чтобы метод не был дискредитирован. Известны случаи, когда проведение лечебного голодания поручалось случайным врачам, которые заранее скептически относились к лечебному эффекту этого метода. Встречая поступающих на лечение больных, они подчас их отпугивали от РДТ без каких-либо оснований.

Особая роль РДТ должна быть отведена профилактическому лечению. В этом плане проведение всеобщей диспансеризации населения должно быть основано на пропаганде дозированного голодания. Не следует бояться рекламировать метод РДТ среди молодёжи. Ведь массовое проведение в прошлом постов, в том числе чистых постов, всеми верующими проводилось без подготовки и каких бы то ни было приёмов, то есть на более низком уровне, нежели по отработанной наукой методике дозированного голодания. После постов, как правило, устраивались

пиршества. И даже в этом случае каких-то массовых реакций желудочно-кишечного тракта среди населения прошедших веков не наблюдалось.

Однажды учёный-хирург заметил, что обжорства и пьянки после великого поста пусть редко, но приводили к завороту кишок. Он сослался на то, что якобы по статистике у одного из ста тысяч верующих какое-то осложнение от этого поста наблюдалось. Автор ответил ему, что некоторые больные, прошедшие РДТ, тоже изредка в первые дни после лечебного голодания пробуют (вопреки рекомендациям) обильно покушать или употребить алкоголь. Но ни в одном из многих таких случаев мы не наблюдали каких-либо серьёзных последствий. Были случаи, когда при этом отмечались спастические боли в подложечной области, которые проходили без каких-либо серьёзных вмешательств. Естественно, таких больных мы всегда выписываем из стационара как за нарушение больничного режима, так и за нарушение режима РДТ.

Метод обеспечивает профилактику таких заболеваний, как холецистит, панкреатит, язвенная болезнь, даже аппендицит. И если подсчитать, сколько проводится хирургических вмешательств по поводу этих заболеваний и у скольких людей в результате этих операций развиваются спайки и непроходимость кишечника, то окажется, что недоразумения при РДТ меркнут в сравнении с обилием этих последствий операционных осложнений. Ещё никто не занимался подсчётом экономического эффекта по ликвидации дорогостоящих хирургических и терапевтических стационаров при проведении РДТ. Но автор надеется, что в будущем и этим займутся специалисты по этому натуральному виду лечения.

В случаях, когда метод лечебного голодания не позволяет своевременно предотвратить развитие заболеваний или избавиться полностью от того или иного болезнетворного процесса (имеются в виду далеко зашедшие формы заболевания), хирургические вмешательства могут, должны и часто помогают при этом завершить лечебный эффект.

Это касается в основном случаев образования крупных камней в жёлчном пузыре, жёлчных протоках, мочевыводящей системе, почках, а также при опухолях. В этом направлении следует создавать телевизионные и желательно художественные фильмы. Именно они способны быстро и доходчиво донести реальные возможности лечебного голодания. В такие фильмы можно включить мультипликационные разделы, которые в яркой, красочной форме смогут отразить процессы, проходящие в организме человека на РДТ. Обязательным должна быть демонстрация людей до и после лечебного голодания с их интерпретацией эффекта данного метода. Особое значение необходимо придавать научным дискуссиям по этой проблеме на страницах популярной и научной литературы. Дискуссии не должны ограничивать читателя в интерпретации вопросов как со стороны сторонников, так и оппонентов. Только в таком случае истина быстрее восторжествует.



Профессор Ю. С. Николаев однажды познакомил автора с каскадёром, который владеет и пользуется методами закаливания, в том числе и РДТ. Каскадёр рассказывал, в каких суровых условиях часто приходится снимать фильм. Он не боится холода, жары, других неблагоприятных погодных условий. А киноактёр в таких же условиях быстро заболевает, выходит из строя. Думается, изучением и развитием этого метода, как закаливающего организм, тоже необходимо применительно ко многим профессиям, людям, работающим в экстремальных условиях.

Особое внимание следует уделять проблеме дозированного голодания и его внедрения среди людей, работающих во вредных условиях: химическая, медикаментозная промышленность и т. д. В этом вопросе уже есть обнадёживающие эксперименты зарубежных исследователей.

Следует шире внедрять метод дозированного голодания среди спортсменов для улучшения качества структур их мышц, гибкости и эластичности костносуставной системы, избавления от перегрузочных последствий на мышцу сердца с целью совершенствования адаптационных способностей дыхательной, нервной, эндокринной и других систем.

Совсем недавно бытовала порочная практика среди ведущих спортсменов страны принимать анаболические стероидные гормоны, которые, подобно глюкокортикоидным стероидным гормонам, разрушают генетический аппарат, усугубляют его работу. Многие спортсмены, злоупотребляющие этими гормонами, постепенно превращались в «развалюх», в особенности, если они бросали по какой-либо причине тренировки.

Более того, эти люди принимали гормоны в молодом возрасте и тем самым успевали оставить после себя «гнилое» наследство.

Для того, чтобы восстановить работу генетического аппарата, таким людям прежде всего необходимы повторные курсы дозированного голодания, а затем другие варианты закаливания. Иначе они не восстановят своё здоровье и сократят себе жизнь. Это касается прежде всего тяжелоатлетов.

В своё время французский хирург Поше применял лечебное голодание в хирургической практике. Он рекомендовал голодание в пределах недели до и после операции. На основании большого клинического опыта Поше пришёл к выводу, что операции при голодании протекают гораздо легче, наркоз протекает благоприятнее, с меньшим количеством наркотиков и т. д. Симбиоз хирургов и специалистов по РДТ может дать более совершенный лечебно-профилактический эффект.

Автор неоднократно рекомендовал специалистам по пересадке внутренних органов попробовать подключить дозированное голодание во время оперативного вмешательства и продолжать его в послеоперационном периоде. Теоретически риск отторжения пересаженного органа должен уменьшиться за счёт восстановления и усиления иммуносупрессорной функции организма. Кроме того,

послеоперационная регенерация должна произойти на более качественном уровне. Однако экспериментальных моделей такого оперативного вмешательства пока ещё не было.

Для более широкого внедрения и исследования возможностей метода РДТ необходимо в основном понимание и желание врачей, учёных, руководителей органов здравоохранения.

В своих лекциях врачам-курсантам ещё более пяти лет назад автор предвосхищал успешное применение дозированного голодания при радиационном поражении населения на случай атомной войны. Катастрофа в Чернобыле подтвердила эти гипотезы. Гипотеза превращается в теорию и практику в данном случае. Однако в последнее время появилась не менее грозная опасность для человечества – СПИД. Если учесть тот факт, что лечебное голодание восстанавливает иммунный барьер, то есть, проще говоря, ликвидирует иммунодефицитное состояние организма, то и это вирусное заболевание целесообразно попытаться лечить РДТ. Автор надеется на успешное применение этого природного метода лечения среди поражённых и больных СПИДом.

**ВОПРОС: Как предохранить детей от развития хронических заболеваний и можно ли применять РДТ в дошкольном и школьном возрасте?**

**ОТВЕТ:** В 1965 году Всемирная Организация здравоохранения предложила Советскому Союзу отказаться от противотуберкулёзных прививок (вакцинация новорождённых и ревакцинация детей). Однако в те времена маститые учёные-фтизиатры сумели убедить руководство здравоохранения и правительство нашей страны, что меры эти преждевременные, что ряд северных регионов СССР ещё является неблагополучным по заболеваемости туберкулёзом. И до сих пор этот вопрос окончательно не решён, несмотря на то, что нередко учёные высказываются в кулуарах против туберкулёзных прививок.

Дело в том, что ликвидация туберкулёза, как распространённого заболевания, была успешно осуществлена, прежде всего, путём повсеместного внедрения в стране в конце 50-х – начале 60-х годов мощной антибактериальной терапии, которая губительно воздействовала против возбудителя туберкулёза в очагах туберкулёзной инфекции. Была создана разветвлённая сеть выявления (флюорография) и стационарного лечения. Таким образом и целым рядом социальных факторов была решена эта проблема. Поэтому уже тогда, в 1965 году, для Всемирной Организации здравоохранения стало очевидным, что прививочные мероприятия, которые не решили в своё время эту проблему (в доантибактериальный период), были не подспорьем, а скорее «балластом» в проведении столь успешной борьбы с туберкулёзом.

Дело в том, что ряд стран вообще не занимался прививками против туберкулёза и, в основном за счёт антибактериальной терапии, добился по

крайней мере не меньших результатов в борьбе с этой внутриклеточной инфекцией.

Более того, в очагах туберкулёзной инфекции дети всё равно не подлежат проведению прививок БЦЖ. Они им противопоказаны. А вне очагов этого специфического заболевания противотуберкулёзные прививки нередко вызывали и вызывают по сей день прививочный туберкулёз. Внутриклеточное введение новорождённым ослабленной культуры микобактерий туберкулёза, когда иммунная система ребёнка ещё окончательно не сформировалась, не окрепла, тем более на фоне современного аллергизированного организма, мягко говоря, скользкое дело. И несмотря на приличный наследственный иммунитет к туберкулёзу у большинства людей, искусственно введённые в организм бактерии способны приобрести в ряде случаев активность, в результате вызывают специфическое заболевание. Даже если заболевание туберкулёзом не выявлено, прививка не способствует нормальному формированию общего иммунитета ребёнка, а наоборот, может усугублять срыв иммунного барьера у каждого, кому проведено БЦЖ. Вот почему различные домыслы и нежелательные разговоры, подрывающие авторитет здравоохранения среди населения, бытуют как среди педиатров, так и в целом среди населения по поводу этих прививок. Необходимо наконец аргументированное высказывание и действие по этому вопросу руководства центральным институтом туберкулёза.

Точка зрения автора – нет серьёзных оснований строго придерживаться вакцинации и ревакцинации БЦЖ и тем самым помогать срыву иммунного барьера у наших детей. Особенно это касается районов, прилегающих к Чернобылю, химическим заводам и другим неблагоприятным районам по аллергизации (сенсibiliзации) организма детей.

Вторым, не менее важным моментом в подрыве иммунитета у детей, является факт преобладания в резервуаре современной инфекции вирусов, которые также являются внутриклеточными микроорганизмами (как и туберкулёз). Последние более уверенно добивают заведомо ослабленный организм человека, его иммунный барьер. В настоящее время, если пациент любого возраста страдает, к примеру, ангиной или воспалением лёгких, бронхов и т. д., не говоря уже об остром респираторном заболевании, то в подавляющем большинстве случаев в развитии конкретной патологии участвуют один или несколько штаммов активной вирусной инфекции, как правило, в ассоциации с внеклеточными болезнетворными микробами. Такое сотрудничество (взаимодействие) микромира против человека быстрее и проще обеспечивает срыв иммунного и других барьеров органов и систем у ребёнка. Неудивительно, что в настоящее время в стране каждый пятый-десятый ребёнок страдает явной аллергией, а сколько имеется среди наших детей скрытых (потенциальных) аллергиков – никто не подсчитывал.

Медикаментозная терапия при такой ассоциации вирусов и бактерий достигает в лучшем случае половинного эффекта – приостанавливает активность бактерий, но не действует губительно на вирусную инфекцию, то есть не обеспечивает быстрой, окончательной успешной борьбы с данной ассоциацией микроорганизмов. Всё это только усугубляет состояние иммунного барьера ребёнка, ибо при таком содружестве инфекции против защитных сил организма действует не один, а сразу три настоящих противника иммунитета: вирус, микроб и лекарство (химическое соединение, усугубляющее аллергию). А если к этому приплюсовать различные другие отрицательные факторы: химизация быта, пищи, одежды ребёнка, повышенный фон радиации и другие, тогда становится очевидным, в какой опасности находится современный иммунный барьер человека в наше время.

Думается, что в плане сохранения иммуногенетического аппарата потомства можно многое сделать органами здравоохранения, институтами туберкулёза, охраны материнства и детства, а также со стороны министерств лёгкой и пищевой промышленности страны.

Как лучше восстанавливать здоровье, барьерные функции организма у детей-хроников? На этот вопрос однозначный ответ – это под силу органам здравоохранения в случае перестройки терапии на «рельсы» иммуновосстановительного лечения. Пока эта работа практически проводится на низком уровне. Пропагандируются среди населения только некоторые виды физического закаливания, точечного массажа, которые в некоторой мере способны сохранять или восстанавливать здоровье у детей.

А что же делать, когда ребёнок систематически серьёзно болеет. Очаги инфекции у такого пациента настолько внушительные, что обычные методы физического закаливания могут сами способствовать обострению (реактивации) хронических заболеваний.

В этом случае имеет смысл применять более мощные средства, восстанавливающие иммунитет ребёнка и одновременно подавляющие очаги инфекции. К таким средствам можно, прежде всего, отнести народное лекарство мумиё. Это лекарство практически не приносит никакого вреда детскому организму. Оно успешно погашает аллергическое воспаление, активизирует защитные силы пациента на борьбу с болезнетворными микробами, в том числе и с туберкулёзной, вирусной инфекцией, а также против разных ассоциаций вируса с бактериями. Хочется верить, что мумиё как редкое лекарственное средство будет использоваться здравоохранением преимущественно в практике педиатров среди детей, где проблема лечебного голодания ещё мало изучена и не внедрена в практику.

Мумиё хорошо разводится на воде в отличие от других лекарств, обладающих свойством продлевать жизнь человеку, то есть обеспечивающих восстановление работы иммуногенетического аппарата (корень женьшеня, золотой корень, препараты элеутерококка, диаскорей

кавказской и др.), которые выпускаются нашей фармакологической промышленностью в основном в растворе на спирту.

Опыт автора позволяет лечить мумиё детей с запущенными хроническими заболеваниями, в том числе с детскими параличами даже среди новорождённых. Никогда при этом не наблюдались побочные действия лекарства, что характерно для такого рода терапии. Наиболее быстрого и фундаментального успеха достигает применение мумиё в концентрированном, 50 % растворе при воспалении среднего уха. Когда антибиотики не достигают окончательного эффекта, и это заболевание у детей вновь и вновь через какое-то время обостряется (реактивирует), гноетечение из перфорированной (повреждённой) барабанной перепонки быстро ликвидируется путём введения вышеуказанного раствора мумиё обычной пипеткой в ухо. При этом ребёнка следует уложить на противоположный бок и выдержать в таком положении около 20 минут, пока болезненные симптомы в виде подёргивания в ухе не прекратятся. Затем эту процедуру следует 2–3 раза повторить. Как правило, при повторных введениях лекарства болевого синдрома не наблюдается. При этом происходит быстрое клиническое излечение со стойкой ремиссией заболевания. После такого лечения у детей больше не отмечалось обострений среднего отита.

Более успешный, в сравнении с действием антибиотиков, терапевтический эффект мумиё связан, прежде всего, с непосредственным бактерицидным воздействием этого лекарства на различные микробы с одновременной активацией иммунной и ферментативной системой, направленной на борьбу с этим же воспалительным процессом. При этом восстанавливаются барьерные функции преимущественно местных клеток, предохраняющих проникновение микробов внутрь организма, а также усиливается их иммуносупрессорная функция, предохраняющая ткани от иммунопатологических реакций.

Подобный удивительно быстрый эффект от мумиё наблюдается при воздействии ещё более концентрированного лекарства на наружные, долго не заживающие раны, ожоги, панариций. Если имеется при этом в ране гнойное содержимое, следует покрыть её тонким слоем мумиё (в зависимости от размера раны). Гной под действием мумиё быстро разжижается и удаляется из раны. Вначале в очищенной ране появляется сукровица. В этот период необходимо подкладывать мумиё так, чтобы заполнить тонким слоем всю поверхность раны, пока последняя не подсохнет. В результате регенерация даже длительно (годами) незаживающих ран резко возрастает, и повреждённые ткани заживают. Подобный быстрый эффект от воздействия мумиё отмечается при заболевании зубов. На открытую пульпу (при пульпите) кладётся кусочек мумиё. Во рту, под воздействием тепла мумиё становится жидким, ранка заполняется лекарством и отмечается болевое подёргивание 5–10 минут, в зависимости от глубины повреждения пульпы зуба. Затем мучительные боли прекращаются.

Автор испытал это действие на своём больном зубе. После такого лечения только через два месяца (в силу занятости) автор явился к стоматологу. Врач подтвердил дефект ткани в зубе, но пульпита даже через два месяца не обнаружил.

Сравнительно быстрый лечебный эффект при применении мумиё происходит и среди взрослых больных инфарктом миокарда. В 1982–1988 годах автору удалось лечить группу больных с осложнённым течением инфаркта миокарда, которым в безвыходной ситуации назначалось мумиё. Регенерация повреждённых участков сердца у этой категории больных наступала быстрее обычного. На фоне такого лечения погиб лишь один больной А., 49 лет, с распространённым трансмуральным инфарктом миокарда, у которого имело место осложнённое течение заболевания: обострение хронического тромбофлебита с рецидивирующей тромбоэмболой лёгочной артерии. Больной успел принять всего 2 раза мумиё. В этот день наслочился рецидив тромбоэмболии ветвей лёгочной артерии, и это дало повод больному воздержаться от дальнейшего приёма лекарства. Последующий рецидив тромбоэмболии ветвей лёгочной артерии привёл больного к смертельному исходу. Случилось это на пасху 1988 года, когда жена потчевала больного обильным пасхальным обедом.

Автор надеется, что применение иммуновосстановительной терапии среди больных детей и страдающих острым инфарктом миокарда, где РДТ практически почти не применяется, будет залогом успеха в кардинальном восстановлении здоровья и среди этой категории населения.

Что же касается применения среди детей лечебного голодания, то весьма демонстративен следующий пример. У описанной на странице 78 пациентки Ш. с нефроптозом после проведения фракционного метода РДТ родился здоровый ребёнок, который до 11 месяцев ничем не страдал, но затем заболел ангиной, отказался от пищи и пробыл без неё двое суток. Когда через 36 часов голодания ребёнка осмотрел врач повторно, он не увидел патологических изменений на миндалинах, которые констатировал при первичном осмотре. Ребёнок буквально на следующий день голодания стал активным, нормализовалась температура, и без единой таблетки практически за двое суток голода маленький пациент был здоров.

Дело в том, что накануне зачатия ребёнка совместно с матерью проводил фракционный курс РДТ и его отец, поддерживая морально в этом деле свою жену. Таких гуманных примеров можно привести очень много. По-видимому, именно поэтому оба родителя, испытав благотворное влияние голода, сознательно «не пичкали» пищей своего заболевшего ребёнка, когда последний инстинктивно отказался от еды. Возможно, инстинкт у таких детей, когда их родители проводили в своё время повторные курсы РДТ, срабатывает более чётко и убедительно при ситуации заболевания.

В целом по данным ведущих специалистов, которые проводили РДТ детям, ребёнку до одного года рекомендовано проводить без пищи не более одних суток, двухлеткам – двое суток, и так далее дни голодания

должны соответствовать возрасту ребёнка до 12 лет. В более старших возрастах 13–18 лет дети, подростки и юноши могут проводить более длительные курсы РДТ: до 20 дней. При этом важно, чтобы специалист оценил возможности молодого человека с учётом его исходного веса, психологической настроенности и воспитания. Избалованные дети-хроники могут нарушать режим голодания, скрывая этот факт от родителей. Однако у врачей-специалистов имеются довольно-таки убедительные критерии, чтобы разобраться в грубых нарушениях РДТ. Как правило, эти нарушения бывают в период первого курса дозированного голодания, когда ребёнок или подросток глубоко (пусть подсознательно) не прочувствовал лечебно-профилактический эффект этого уникального оздоровительного метода. Следует отметить тот факт, что даже меньшими по продолжительности курсами РДТ достигается значительно раньше и более могучий окончательный лечебный эффект в детском возрасте в сравнении со взрослыми или лицами преклонного возраста.

Больной Г., 10 лет, страдал бронхиальной астмой с тяжёлым течением заболевания, с явлениями хронического бронхита, бронхоэктазами и гнойной мокротой. Заболел пневмонией, а затем и астмой в шестимесячном возрасте, принимал многие годы в ингаляторах симпатомиметики прямого действия, гормоны. Попытался в последующем освободиться от этих лекарств различными вариантами закаливания и народными медикаментозными средствами: вегетарианское питание, климатотерапия; спелеолечение (лечение в шахтах), сауна, иглотерапия, точечный массаж, дыхательная гимнастика с задержкой дыхания и т. д. Освободиться от лекарственной зависимости и частых обострений заболевания ребёнок не смог. Больной мальчик за компанию с матерью провёл два курса РДТ по 10 дней на берегу моря под наблюдением автора, и болезнь отступила. Отмечена стойкая длительная ремиссия заболевания, несмотря на крайне запущенный процесс в бронхо-лёгочном аппарате пациента.

К сожалению, пока специалисты РДТ боятся брать незнакомых детей на дозированное голодание, перестраховываясь тем, что дети проще могут нарушить режим голодания и тогда все издержки этого нарушения падут на голову специалиста противниками РДТ. А их пока больше чем достаточно. И противники лечебного голодания чаще занимают более высокие, руководящие посты в органах здравоохранения. Этой проблемой следует заняться вплотную самим педиатрам, а не ждать, когда специалисты по РДТ преподнесут им готовые результаты на «блюдечке». Это относится не только к педиатрам, но и к дерматологам, невропатологам, онкологам, урологам, нефрологам, эндокринологам, травматологам и другим специалистам.

Автор планирует создать научно-исследовательский кооператив по реабилитации здоровья среди «хроников», в том числе и инвалидов, а

также по обучению населения борьбе за активное долголетие на основе РДТ и других вспомогательных, в основном немедикаментозных методов.

Будут преследоваться далеко идущие цели. И прежде всего стимуляция в перестройке и интенсификации научных руководителей НИИ и кафедр, которые нередко для выполнения количества, а не качества научных работ, увлекаются незначительными для здравоохранения научными темами, а то и вообще «проталкивают» лженауку, развивая порочные направления терапии и тем самым запутывая практическое здравоохранение. Эти руководители авторитетно подчиняют своих подопечных следовать по их легко проторённой дороге и следующее поколение учёных, выбившись таким образом на поверхность науки, считает нормальным развивать порочные или бесперспективные направления в оздоровлении населения. В научный кооператив, естественно, будут подбираться специалисты своего дела и лица, заинтересованные развивать науку и практику на благо людей, используя более совершенные формы исцеления человека от недуга. Это, возможно, позволит привлечь в нашу страну на лечение пациентов из зарубежных стран, так как оплата за оптимальное эффективное лечение в условиях нашего социалистического государства несравненно ниже, к примеру, чем в Западной Европе, Америке и на других континентах. Уже сейчас в городе Минске имеется «костяк» учёных-энтузиастов РДТ, которые зарекомендовали себя, в том числе и в медицинских кооперативах. Они способны не только успешно оздоравливать население, но и передавать опыт другим врачам, заинтересованным в РДТ.

**ВОПРОС: В чём сходство и различие РДТ с христианским постом?**

**ОТВЕТ:** Древние люди отождествляли понятие поста с полным отказом от пищи на несколько недель (около 40 дней). Нам известно, что это предельные сроки физиологического голодания.

В древнем писании (манускрипте) Иоанна, одного из учеников Христа, дана философия поста. По преданиям, две тысячи лет назад Иисус Христос убеждал страждущих (больных) в чрезвычайной необходимости прибегнуть к очищению организма от грехов и болезней через пост. Основные приёмы проведения поста по Христу совпадают с нынешней методикой проведения РДТ и только в отдельных фрагментах методики имеются некоторые различия.

Вот первое условие христианского поста: «Во время поста избегайте сынов человеческих, а вернитесь в общество Ангелов Матери Земли вашей, ибо тот, кто ищет усердно, тот найдёт! Ищите чистый воздух в лесу и в поле, ибо там вы найдёте Ангела воздуха. Разуйтесь и снимите ваши одежды, и пусть Ангел воздуха обнимет всё тело ваше. Потом дышите медленно и глубоко, чтобы Ангел воздуха проник в вас. Поистине говорю я вам: Ангел воздуха изгонит из тела вашего все нечистоты, которые оскверняли его снаружи и изнутри. И тогда все плохие запахи и нечистоты



выйдут из вас, как дым от пламени, который вьётся в воздухе и теряется в океане небес. Ибо поистине говорю я вам: Ангел воздуха есть святой, он очищает всё осквернённое и превращает в нежный аромат всё, что испускает дурной запах. ...»

Современные специалисты по РДТ обязаны быть реалистами и не ставить категорично вопрос уединения людей в период проведения лечебного голодания. Однако прогулки по свежему воздуху, дыхательные упражнения по углублённому и замедленному дыханию с его циклической задержкой (по Бутейко) должны быть обязательными при проведении курсов РДТ. В ряде случаев, когда больной во время поста попадает под непрерывный «обстрел» родственников, малограмотных сослуживцев, некомпетентных медиков и других «доброжелателей», направленный на срыв РДТ, специалисты по РДТ также рекомендуют избегать встреч и общения с такими «сынами человеческими». В структуре личности многих людей заложены склонности к порочным принципам воздействия на ближних таким образом, чтобы этот ближний не слишком далеко выдвинулся вперёд по каким-либо параметрам жизнедеятельности. В связи с тем, что многие такие окружающие лечащегося голодом то ли из-за боязни, то ли по другим причинам не могут сами провести курс РДТ, они действуют по принципу «и сам не гам и другому не дам». В этих случаях рекомендации Христа «поститься наедине с богом», пожалуй, уместны. С другой стороны – эта рекомендация древних подчёркивает, что пост безвреден и не требует строгого контроля со стороны врачей.

Второй приём по Христу гласит: «После Ангела воздуха ищите Ангела воды. Снимите обувь вашу и позвольте Ангелу воды обнять ваше тело. ...» Водные процедуры на голоде в виде тёплого душа, сауны, бани в настоящее время более совершенны, нежели это было по рекомендациям древних, так как способствуют более эффективному очищению кожи от грязи и шлаков.

Третий приём Христа преследует очищение организма человека не только снаружи, но и изнутри. «...Чтобы достигнуть этого, возьмите большую тыкву, снабжённую спускающимся вниз стеблем длиною в человеческий рост. Очистите тыкву от её внутренностей и наполните речной водой, подогретой солнцем. Подвесьте тыкву на ветке дерева, преклоните колени перед Ангелом воды и потерпите, пока конец тыквенного стебля проникнет в ваш зад, чтобы вода потекла по вашим кишкам...» и далее: «...Каждый день поста своего повторяйте это очищение водой до того дня, пока не увидите, что вода, вытекающая из тела вашего, столь же чиста, как пена реки». В современных методических рекомендациях по РДТ, естественно, предусмотрена более совершенная процедура (клизма кружкой Эсмарха) с предварительной очисткой кишечника большой дозой солевого слабительного средства. Такая процедура позволяет организму более эффективно и быстрее включить дезинтоксикационный механизм и переключение на полноценный внутренний (эндогенный) режим питания. Следует заметить, что указания

Христа на то, чтобы человек во время поста очищал кишечник до чистой воды, нереальны. Опыт современных специалистов по лечебному голоданию показал, что полного очищения кишечника от калообразования на РДТ достичь невозможно даже во время проведения сверхдлительных курсов лечения, выходящих за пределы физиологического голода (более 40–70 дней). Однако и в этом случае у Христа имеется справедливая оговорка, которая полностью реабилитирует его как специалиста по посту: «...Но если после всего этого останутся в вас всё же следы нечистот, учитывая ваши прошлые грехи, призовите Ангела солнечного света. Разуйтесь, снимите свои одежды и позвольте Ангелу солнечного света обнять ваше тело...» Этому приёму в современных инструкциях по РДТ не уделяется вообще никакого внимания. Только после того, как было развито теоретическое обоснование полноценного эндогенного питания с объяснением его механизмов лечебно-профилактического действия на основе более качественного биосинтеза (хемисинтеза, в том числе и фотосинтеза), стала понятна роль световой и других видов энергии в качественном использовании углекислого газа, азота и воды для построения белковых и небелковых жизненно необходимых структур во время полного воздержания от приёма пищи.

Для многих «хроников» повышенная инсоляция во время пищевого режима питания противопоказана. Однако во время проведения РДТ снятие этих ограничений сказывается благотворно на самочувствии больных особенно в период голодания. Остаётся только удивляться проницательности древних и использовать их опыт в проведении поста. В историческом наследии нет упоминаний о крупных «индустриальных» многопрофильных стационарах, тем не менее долгожительство доказывается археологической наукой. Поэтому наивными становятся рекомендации, появляющиеся в современной периодической печати, об обязательном проведении курсов РДТ в стационарных условиях в нынешних больницах, где воздух насыщен парами антибиотиков и других аллергогенных медикаментов, запахами плохой кухни, где приходится созерцать обилие поглощаемой пищи другими больными, которых щедро снабжают родственники, фанатично уверовавшие в целебную силу калорий и витаминов. Эффективность РДТ в таких условиях снижается в несколько раз, несмотря на возможность постоянного врачебного контроля. Не без основания в манускрипте Иисуса Христа констатируется, что: «...Ангелы воздуха, воды и солнца – братья; они даны были сыну Человека, чтобы служить ему, или для того, чтобы он мог обращаться к тому или другому из них. Также священны объятия их. Они – невидимые дети Матери-Земли вашей; а потому не разделяйте их, кого соединили Небо и Земля. И пусть эти трое братьев-ангелов сохраняют вас ежедневно и пребывают с вами в течение всего вашего поста. ...И увидите вы всё собственными глазами, почувствуете собственным носом, ощутите собственными руками, и, когда все грехи и нечистоты будут удалены из тела вашего, тогда кровь ваша станет такой же чистой, как кровь Матери-

Земли, подобно пене в потоке, играющей в лучах Солнца. И дыхание ваше станет таким же чистым, как благоухание цветов, ваша кожа станет чистой, как кожица фруктов, розовеющих сквозь листву деревьев; свет ваших глаз станет таким же ясным и блестящим, как солнце. ...»

Читая этот манускрипт, невольно приходишь к мысли, насколько глубоко и серьёзно знали в древнем мире действие поста на человека – этого удивительного природного фактора, целителя и хранителя здоровья. И в то же время поражаешься невежеству в этом деле современного цивилизованного человечества. Древние делали всё для сохранения генофонда человека. Современный же человек в подавляющем своём большинстве, наоборот, стремится всё разрушить. Сплошная химизация современной жизни, дисбаланс в микромире в пользу вирусов, повышенный радиационный фон (зона Чернобыля, Семипалатинска, Челябинска и др.) наряду с невежественным ироническим отношением к проведению поста тяжёлым бременем ложится на сегодняшнего человека и его потомство.

Предотвращение надвигающейся экологической катастрофы на альтернативной основе автор видит в исправлении экологии самого человека через проведение чистого («шчырага», как говорят на Беларуси) поста в современном виде разгрузочно-диетической терапии (РДТ).

Весьма убедительным представляется и замечание манускрипта, согласно которому, люди, соблюдающие пост, «ближе и дороже друг другу, чем братья по крови». Это важное высказывание древних подтверждается современными исследованиями по биологической несовместимости людей, быстро исчезающей во время проведения РДТ, что важно не только во время длительных космических полётов, но и в семейном быту, в отношениях с сослуживцами, терпимости друг к другу.

Таким образом, широкое применение РДТ может помочь решать не только медико-биологические проблемы, но и ряд социальных затруднений на основе межнациональных и религиозных различий, острота которых исчезает у постящихся. После проведения курсов РДТ происходит очищение не только тела, но и духа, происходит возвышение человека над своими и чужими слабостями, исчезает необузданная агрессивность, тяга к вредным привычкам.

Скромный опыт автора по наблюдению за подростками и детьми, прошедшими повторные курсы РДТ, свидетельствует о появлении у них большей созидательной целеустремлённости в жизни, развитии у детей неординарного мышления, избавления от «стадного» влечения, бытующего среди современной молодёжи. После проведения курсов РДТ молодые люди начинают лучше учиться, успешнее поступают в высшие учебные заведения. Большинство из них, лечась голодом, как правило, одновременно посещают занятия в школах и институтах.

После проведения чистого поста по Христу в святом писании рекомендуется потреблять вегетарианскую пищу, делая упор на те продукты, которые произрастали в разные поры года в местности, где

читалась эта проповедь. Практически весь ассортимент продуктов (может, за исключением фиников) имеется на территории нашей страны и даже в большем разнообразии. Однако в отличие от рекомендаций манускрипта после завершения курсов РДТ нынешними специалистами по лечебному голоданию проводится обучение потреблению пищевых продуктов и животного происхождения.

Восстанавливая и укрепляя защитно-приспособительные механизмы каждого человека в отдельности через пост против химизации, радиации, вирусной инфекции и других неблагоприятных экологических факторов, могут решаться или в значительной мере быть облегчены экологические проблемы в целом по стране.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В предлагаемой читателю книге отражены различные проблемы дозированного голодания. Широкому читателю и врачам, возможно, покажется, что слишком много внимания уделено объяснениям сути лечебно-профилактического эффекта. Автор умышленно сделал упор на раскрытие механизмов восстановления органов и систем путём голодания только для того, чтобы люди не боялись его. Окажись человек в экстремальных условиях, и отработанная методика голодания может послужить если не основным фактором, то большим подспорьем в сохранении жизни.

Если у неразумных существ этот метод инстинктивно взят на вооружение с целью сохранения видовой живой материи, то, естественно, у человека он может сознательно приобрести ещё большее значение в плане продления его жизни, восстановления иммуногенетического аппарата всех органов и систем.

Необходимо верить в то, что природа предусмотрела реальные возможности для сохранения и восстановления живой материи. И здесь важно исключить мистификацию этих удивительных процессов жизнедеятельности, Система биосинтеза с повышенным усвоением  $\text{CO}_2$  и азота из воздуха – это исходная система питания живой материи. Пищевое энергоснабжение – вторично и поэтому по качеству биосинтеза не в состоянии сравниться с эффектом первичного, в том числе и у человека.

Возможно, отдельные вопросы, разделы обсуждаемой в книге темы недостаточно убедительны, так как читатель, пожалуй, впервые сталкивается с такого рода объяснением лечебно-профилактического эффекта у человека на голоде. Ряд фактов, по-видимому, покажется рекламным и неубедительным. Некоторые гипотезы автора, скорее всего, подвергнутся критическим замечаниям. Но в целом автор и пытался осветить противоречия между существующей ортодоксальной медицинской наукой, которая по ряду проблем зашла в тупик, и «свежим» направлением в лечении хронических заболеваний – иммуновосстановительным. В результате спора и дополнительных

исследований в том или ином направлении любая наука, в том числе и медицина, плодотворнее развивается.

Автор высказал свои пожелания по поводу развития РДТ. И если найдутся врачи-специалисты, организаторы, учёные, которые смогут подсказать более реальный путь развития РДТ в медицине, в деле её совершенствования, в этом случае автор будет искренне благодарен всем, кто отзовется на призыв.

Обсуждая те или иные проблемы медицины и РДТ, предлагая пути их улучшения, автор не претендует на абсолютную истину положения дел и также просит читателей в своих письмах высказать своё отношение к предлагаемому методу лечения и профилактики.

Автор надеется, что читатель выскажет свои критические замечания и отметит то, что ему больше всего понравилось в данной книге.

Автор выражает искреннюю благодарность всем, кто уделил внимание и внёс свою лепту по выходу книги в свет, и надеется, что она поможет проникнуться уважением к оздоровительному методу, придуманному самой природой.

