

АНАТОЛИЙ **МАЛОВИЧКО**

ДИАБЕТ-СТОП

БИТВА ПРОТИВ ДИАБЕТА

САМОУЧИТЕЛЬ для тех,
КТО ХОЧЕТ ПОБЕДИТЬ БОЛЕЗНЬ



ПРОВЕРЕНО!

Анатолий Маловичко
Диабет-STOP! Битва против диабета
Серия «Проверено! Рекомендую»

Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=8868121
Диабет-STOP! Битва против диабета / Анатолий Маловичко.: АСТ; Москва; 2015
ISBN 978-5-17-094489-7

Аннотация

Книга давно известного российскому читателю натуропата Анатолия Маловичко посвящена одной из самых злободневных тем современной медицины – лечению диабета и предотвращению возникновения заболеваний органов эндокринной системы, поджелудочной железы.

Эта книга наверняка будет очень полезна для каждой семьи, и не важно, болеет ли в ней кто-то диабетом или нет. Потому что в этой книге не только ценные советы по лечению, но и программа здоровья, которая не допустит эту болезнь в ваш организм!

Вы найдете в ней:

- все, что скрывают от вас производители инсулина и других лекарств!
- естественные способы очищения эндокринной системы и предотвращения аутоиммунных заболеваний!
- важнейшие советы по лечению диабета и восстановлению нормального уровня жизни!
- механизмы развития болезней, о которых вам не расскажут врачи!

Содержание

Предисловие	5
Часть 1. Диабет	6
Введение	6
Проблемы поджелудочной железы	9
Роль инсулина, глюкагона и соматостатина в гомеостазе	12
Заболевания поджелудочной железы	13
Панкреатит, хронический панкреатит	13
Лечебное питание при панкреатите	15
Фитолечение при панкреатите	16
Рецепты натуропата	16
Очистка поджелудочной железы	21
Опухоли и рак поджелудочной железы	22
Рецепты натуропата больным с опухолью	22
поджелудочной железы	
Диабет под взглядом натуропата	22
Подробнее о диабете первого типа	23
Подробнее о диабете второго типа	24
Причины возникновения и хронические осложнения	24
диабета	
Кожа и подкожная клетчатка	25
Другие осложнения сахарного диабета	26
Диабетическая нейропатия	27
Патология органов зрения	27
Диабетическая нефропатия	28
Сахарный диабет I типа (инсулинозависимый)	29
Сахарный диабет II типа (инсулинонезависимый) с	31
ожирением (по М.Я. Жолондзу)	
Диабет II типа без ожирения (по М.Я. Жолондзу)	33
Сахарный диабет III типа (по М.Я. Жолондзу)	34
Гиперинсулинизм (по М.Я. Жолондзу)	34
Растения, влияющие на функцию многих эндокринных	35
желез и на обменные процессы	
Конец ознакомительного фрагмента.	43

Анатолий Васильевич Маловичко

Диабет-STOP! Битва против диабета

*Человечество! Ты возвысишься! Ты сможешь управлять
Природой, если научишься ей подчиняться.*
Виктор Шaubергер

Данное издание не является учебником по медицине. Все рекомендации должны быть согласованы с лечащим врачом

Предисловие

Я очень хочу, чтобы читатель уловил ГЛАВНЕЙШУЮ мысль этой книги – в течение многих миллионов лет организм животных, человека и наших братьев по зеленой крови – растений, вырабатывал в процессе приспособления к окружающей среде уникальное свойство – сопротивляться вредоносным воздействиям, это позволяло живым организмам выходить победителями в опасных ситуациях БЕЗ КАКОЙ-ЛИБО ПОСТОРОННЕЙ ПОМОЩИ. Я всеми силами стараюсь привлечь внимание читателя к естественным защитным силам организма и к способам их стимуляции. Я совершенно искренне и убежденно избегаю слова – ЛЕЧИТЬ.

Лечит БОГ, через Природу!

Дорогие друзья, будьте осторожны! Современная медицина представляет большую общественную опасность, за последние сто лет ни один доктор не излечил ни одного больного...

Академик А.С. Залманов

Это точно, нас поддерживают на плаву, загоняя болезнь поглубже... и до новых с ней встреч в еще более тяжелых формах... Эта информация как нельзя лучше подходит к больным сахарным диабетом...

И еще одна очень важная мысль – НЕ НАДЕЙТЕСЬ ТОЛЬКО НА ЛЕКАРСТВА, единственно спасительное средство – диета без животных белков и жиров!

Вот пример из книги крупнейшего специалиста в мире по биохимии Коллинза Кэмпбелла из США «Китайское исследование». Двадцать лет исследований в 65 округах Китая о влиянии продуктов животного происхождения на возникновение самых страшных болезней современности позволили сделать сенсационный вывод: продукты, которыми мы старательно кормим своих детей, считая их полезными, приводят к возникновению главных болезней-убийц: РАКА, САХАРНОГО ДИАБЕТА, СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ заболеваний.

Доктор медицины Джеймс Андерсон на сегодня – один из наиболее выдающихся ученых, изучающих диету и сахарный диабет. Он добился больших результатов, используя лишь методы, связанные с питанием. Организм больных сахарным диабетом первого типа не может вырабатывать инсулин. Сложно себе представить, чтобы какие-либо изменения в питании могли решить эту проблему... Однако спустя всего три недели диеты (близкой к вегетарианству), пациенты смогли снизить дозу инсулиносодержащих медикаментов в среднем на 40%. Немаловажно, что уровень холестерина упал на 30%. А это уже снижение риска сердечно-сосудистых заболеваний, инсульта.

Один мужчина болел сахарным диабетом на протяжении 21 года и принимал 35 единиц инсулина в день. После трех недель интенсивного лечения при помощи диеты необходимая для него доза инсулина снизилась до 8 единиц в день. Спустя еще 8 недель, проведенных уже дома, у него отпала необходимость в инъекциях инсулина.

Да, отказ от мяса и жирной пищи может выглядеть непрактичным, но интересно, практично ли иметь десятки килограммов лишнего веса и страдать с детства диабетом?

Практично ли иметь перспективу сердечно-сосудистых заболеваний, инсульта, слепоты, ампутации конечностей...?

Эта книга открывает возможность избежать всех этих напастей.

Часть 1. Диабет

Посвящается ВСЕМ женщинам.

Сколько бы проблем ни создавали женщины нам, мужчинам, они всегда остаются желанными и любимыми – и в этом, именно в этом, заложена удивительнейшая, фантастически неземная их реальность.

Но когда проблема возникает внутри самой женщины, нет ничего больнее видеть это и понимать, что, может быть, ты и есть виновник этой ее проблемы... Видеть немой вопрос в глазах страдавшей любимой – невыносимо, ведь в твои глаза смотрит раненая Любовь Вселенной.

Сколько же тепла, сострадания, ласкового участия, невероятного умения, тонкостей всего мира надо вложить врачу, чтобы вернуть этим глазам то, что они излучают всю жизнь – Любовь и Тепло, в наши дома, на нашу Землю.

Что бы мы, мужчины, ни творили, ни создавали в этом мире, так или иначе все и всегда посвящается ей – Женщине, Любви. Только на ней и держится все самое лучшее в этом (и в том тоже) мире. Бог – это Любовь, а какая любовь – без женщины?..

Анатолий МАЛОВИЧКО

Введение Откровенно о диабете

Православный круг здоровья:

Здоровье – это труд.

Труд – это терпение.

Терпение – это страдание.

Страдание – это очищение.

Очищение – это здоровье.

Сколько душещипательных разговоров о возрождении нации, о поднятии численности населения в России, о здоровье больных и, совсем шепотом, о здоровье здоровых.

96% диссертаций касаются лечения разных болезней химическими лекарственными средствами зарубежных фирм (на деньги российского налогоплательщика), и только 2% диссертаций – о роли режима и питания. И всего лишь 2% исследований касаются происхождения и причин болезней.

Как же можно остановить лавинообразное нарастание самых грозных болезней современности без государственной программы строжайшего контроля за производителями продуктов питания – от выращивания до прилавка.

Пищевой терроризм недоброкачественных продуктов питания захлестнул все производства и все прилавки магазинов. Как можно говорить о здоровье взрослых и детей, закладывая в продукты маргарины, технические масла, вредные добавки в огромных количествах, безумное количество сахаров!

Ответ «не нравится – не покупай» – неверный ответ. Взрослым не всем под силу критически осмыслить ассортимент супермаркетов, а как же быть их детям?

Поправить здоровье с помощью аптек, расположенных уже на всех углах, – полный абсурд. Там процветает другой вид терроризма – лекарственный, он страшнее пищевого, так как непредсказуем и безответствен.

Все прекрасно знают, что толчком к возникновению диабета обоих типов служит хроническое переедание с детства простых и сложных углеводов: сахаров, крахмалов в виде продуктов из очищенной белой муки, изделий из картофеля, злоупотребление кашами с раннего детства (особенно манной кашей), а также избыток жиров и тяжелых белков, жареных и копченых продуктов. И, конечно, все это на фоне дефицита в рационе зелени, овощей, фруктов и ягод. Как результат – ослабление общего и местного иммунитета. При такой ситуации в организме получают свободу паразиты всех мастей.

Сегодня наука склонна утверждать, что причиной диабета *I* типа являются известные вирусы. И даже тогда, когда вирус «побежден», иммунитет уже не может остановить борьбу и продолжает по инерции уничтожать бета-клетки островков Лангерганса, так как некоторые их компоненты похожи на эти вирусы. Диабет *I* типа – это своего рода «антиспид», или болезнь взбесившихся Т-лимфоцитов, когда на обычный вирус иммунитет реагирует слишком агрессивно.

Для того чтобы справиться с этой бедой, нужно умудриться заблокировать или отвлечь действие иммунной системы по уничтожению собственных клеток, производящих инсулин, и тогда человек будет вылечен раз и навсегда.

Разработки таких препаратов ведутся «без особого энтузиазма» по той простой причине, что продажа инсулина приносит буквально астрономические суммы прибыли. Лечение диабета *II* типа – это физкультура и активное похудение с помощью низкокалорийного питания без сахаров и крахмалов.

Хорошим средством отвлечения и обучения иммунной системы при диабете *I* типа являются препараты трансферфакторы, со специальной формулой для диабета в США.

Лечение сахарного диабета *I* типа весьма проблематично, особенно в детском и юношеском возрасте, поскольку доминирует генетическая предрасположенность. Болезнь не гарантированно проснется, просто об этом всю жизнь надо знать, помнить и не дразнить судьбу. Есть хорошее выражение: «Только от жизни собачей собака бывает кусачей». То же самое можно сказать и о предрасположенности к разным болезням.

Сегодня, возможно, наиболее перспективным лечением диабета *I* типа может стать пересадка островков Лангерганса от здорового человека к больному. Такая успешная операция была недавно сделана в Японии: 27-летней женщине было пересажено около полумиллиона островков Лангерганса от ее 56-летней матери. Клетки сразу прижились и заработали. Через 22 дня пациентка впервые после 12 лет болезни смогла отказаться от инъекций инсулина. Ни у матери, ни у дочери последующие наблюдения не выявили каких-либо осложнений.

Важно помнить, что пересадка клеток от прямого родственника существенно снижает риск отторжения. На эту мысль ученых натолкнул тот факт, что когда после автомобильной аварии человеку полностью удаляют поджелудочную железу, он становится больным диабетом только на пару недель, пока на остатках панкреатического протока не «нарастет» один грамм островков Лангерганса, что в действительности и происходит.

Все остальные методы лечения диабета *I* типа как официальной, так и народной медицины в основном сводятся к мерам по снижению уровня сахара в крови. Официальная медицина любого больного рассматривает только по диагнозу (или по сумме диагнозов), не входя в «мелочи», кто перед вами – худой, плотный или заплывший жиром, у медиков подход один – инсулин, и один вид диеты.

Лекарств и рецептов по снижению сахара – море, утонуть можно... А вот как приспособить их к своей конституции – это уже искусство, требующее знаний о себе.

Автору кажутся более убедительными подходы тибетской медицины, где все лекарства и диеты назначаются с учетом конституции больного: «ветер», «желчь», «слизь».

Литературы по тибетской медицине много, поэтому очень коротко рассмотрим основные подходы применительно к диабету.

СЛИЗЬ – это «холодные» люди, несмотря на объем тела. У них активны лимфатическая и гормональная системы, но в организме дефицит тепла. Употребляют они много еды с «холодными» («иньскими») элементами: мучное, картофель, свинину, молочные продукты, колбасы и ветчины, сыры, макароны, бутерброды, различные сладости, сырые овощи и фрукты. Все это ведет к накоплению слизи. А необходимо им есть регулярно горячие блюда со специями: овощные супы, супы на баранине (2–3 ст. ложки), курицу, рыбу – все нежирное! Вместо картофеля и макарон надо использовать рис, пшено и побольше гречки. Максимум разных специй. Овощи есть только тушеные, отварные с приправами. Эти рекомендации относятся и к «холодному» **ВЕТРУ**.

ЖЕЛЧЬ – эти люди питаются в основном горячей пищей. Любят жареное, копченое, острое, соленое, жирное, вкусное, с корочкой, преимущественно мясо. Вот таким можно рекомендовать молочные продукты, сырые овощи и фрукты, так как от жареного, острого, горячего у них буквально «закипает» кровь, а излишняя желчь попадает в протоки поджелудочной. Систематическое попадание нейтрализует ее работу, и развивается диабет по «горячему» типу.

ВЕТЕР – это «холодный», нервный тип людей. Они часто пребывают в стрессе. Диабет здесь самый тяжелый. Не дай бог спешить с инсулином! Надо систематически и настойчиво снижать сахар всеми доступными способами, одновременно ведя борьбу за восстановление нервной системы на фоне коррекции питания и образа жизни.

Проблемы поджелудочной железы

Это вторая по величине (после печени) пищеварительная железа, она располагается в верхнем отделе брюшной полости, позади желудка.

В этом органе различают «головку», «тело» и «хвост». Утолщенная «головка» лежит справа от средней линии тела; ее охватывает 12-перстная кишка. «Тело» поджелудочной железы, имеющее форму трехгранной призмы, вытянуто влево, пересекает позвоночник спереди и переходит в «хвост», соприкасающийся с левой почкой, надпочечником и селезенкой.

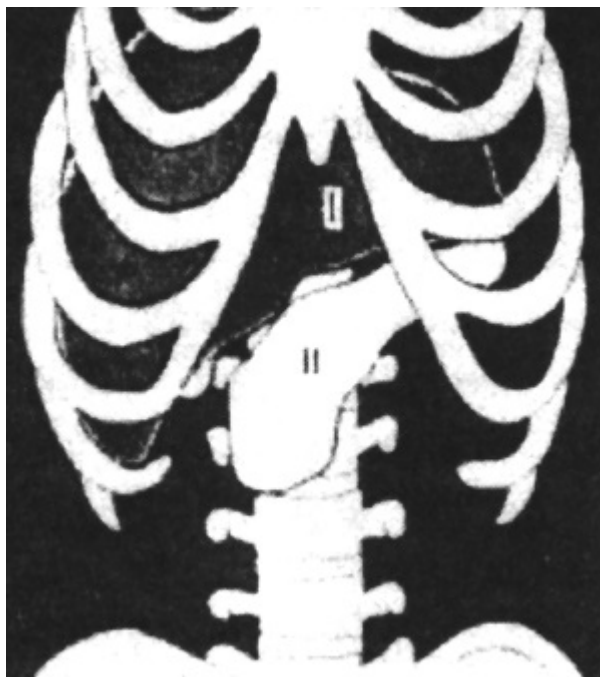
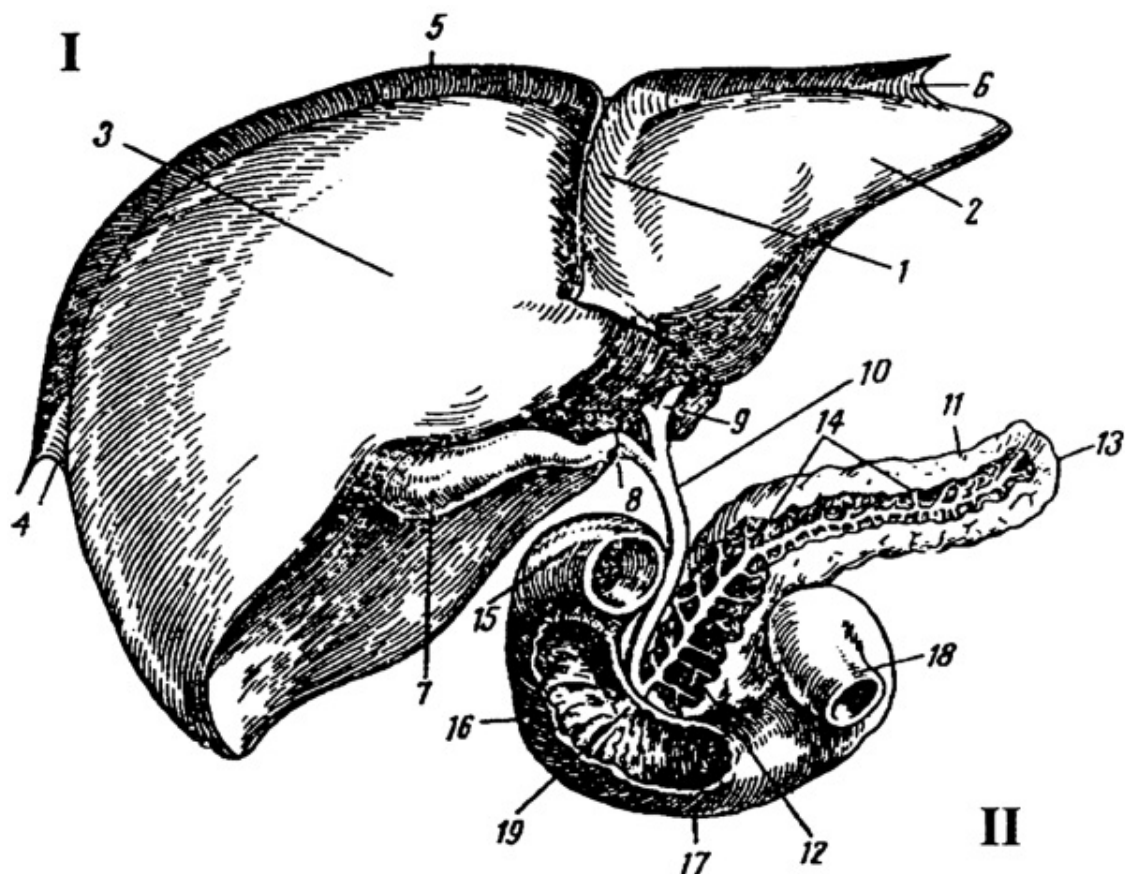


Схема расположения печени и поджелудочной железы

Поджелудочную железу называют смешанной, потому что она осуществляет и внешне-, и внутрисекреторную функции; соответственно, в ней различают экзокринную и эндокринную части. Экзокринная часть железы вырабатывает панкреатический сок, а эндокринная – гормоны, регулирующие процессы обмена веществ в организме.



Печень, желчный пузырь, 12-перстная кишка, поджелудочная железа

1 – серповидная связка печени; 2 – левая доля печени; 3 – правая доля печени; 4 – правая треугольная связка; 5 – правая венечная связка; 6 – левая треугольная связка; 7 – желчный пузырь; 8 – пузырный проток; 9 – печеночный проток; 10 – общий желчный проток; 11 – поджелудочная железа; 12 – «головка» поджелудочной железы; 13 – «хвост» поджелудочной железы; 14 – проток поджелудочной железы; 15 – верхняя горизонтальная часть 12-перстной кишки; 16 – нисходящая часть 12-перстной кишки; 17 – нижняя горизонтальная часть 12-перстной кишки; 18 – тощая кишка; 19 – сосочек 12-перстной кишки.

Экзокринная часть железы состоит из так называемых ацинусов и проходящих между ними трубочек – выводных протоков. Каждый ацинус образован группой ацинозных клеток, продуцирующих панкреатический сок, богатый важнейшими пищеварительными ферментами. По системе последовательно сливающихся друг с другом протоков панкреатический сок поступает в главный панкреатический проток. Он проходит через всю железу от «хвоста» до «головки» и, слившись с общим желчным протоком, открывается в стенке 12-перстной кишки на вершине большого сосочка. В массе железы разбросаны скопления гормональных клеток – так называемые панкреатические островки, или островки Лангерганса. Они имеют округлую форму, и в хвостовой части железы их больше, чем в «головке» и «теле».

Клетки этих островков вырабатывают различные гормоны, в том числе инсулин и глюкагон, регулирующие содержание сахара в крови.

Островки Лангерганса составляют всего 3% всей массы поджелудочной железы, что едва тянет на 2 грамма. И тем не менее, их значение трудно переоценить. Эти крохотные островки – сосредоточение неоднородных клеток А, В, D и PP. На долю клеток приходится: В – 70%, А – 20%, D – 5–8%, PP – 1/2–2% клеточной массы островков. Клетки секрет-

руют гормоны, регулирующие углеводный, жировой и белковый обмены в организме. Гормоны поступают непосредственно в кровь. Самое пристальное внимание со стороны медиков, биологов, биохимиков, а теперь и генных инженеров всегда обращалось на В-клетки. Это и понятно: они вырабатывают инсулин – гормон, не только снижающий содержание сахара в крови, но и оказывающий заметное влияние на жировой обмен. Нарушение секреции инсулина по качеству и количеству является одной из главнейших причин развития столь распространенного и тяжелого заболевания как сахарный диабет. Постичь все тонкости биосинтеза инсулина – значит в будущем постичь возможность направленно влиять на этот процесс. Исследования показали, что биохимические процессы в В-клетках происходят по типу двух производственных конвейеров: первый, эволюционно более древний, предназначен для продукции проинсулина, а второй, поздний, усовершенствованный образец – непосредственно для выработки инсулина. Сошедший с первого конвейера проинсулин не накапливается в клетке, а сразу выделяется в кровь.

До сих пор не совсем ясно, для чего В-клетка сохранила это, казалось бы, «устаревшее оборудование», поскольку продукт, который с него сходит, то есть проинсулин, почти неактивен и не может выполнять функции гормона. Правда, и продуцируют его В-клетки в очень небольших количествах: в крови здорового человека проинсулин составляет всего 5 %, а инсулин – 95%. Секреция инсулина на первых порах идет так же, как и проинсулина. Однако, синтезировав проинсулин, В-клетки на сей раз (тут-то и начинаются различия) не выделяют его за свои пределы, а направляют для дальнейшей обработки в комплекс Гольджи – внутриклеточную структуру, где синтезируются и накапливаются различные вещества, продуцируемые клеткой. Здесь с помощью ферментов (удивительные составляющие пищи и клетки, их более 3000 в организме. В течение 1 минуты один и тот же фермент способен принять участие в 36 миллионах биохимических реакций. Только в печени их более пятидесяти, и срабатывают они миллион раз в секунду!) от проинсулина отщепляется так называемый С-пептид, в результате чего образуется физиологически активный инсулин. После этого инсулин «пакуется» в секреторные гранулы. Готовую продукцию В-клетка накапливает и по мере необходимости выделяет в кровь. А необходимость в инсулине возникает тогда, когда в крови повышается содержание глюкозы. В-клетки в этом случае усиливают выброс инсулина, и он, попав в кровь, начинает активно действовать.

Во-первых, он делает мембраны клеток организма более проницаемыми для глюкозы, и клетки начинают поглощать ее; во-вторых, способствует превращению глюкозы в гликоген, который откладывается в печени и в мышцах. Благодаря этим мерам содержание сахара в крови снижается. Если уровень глюкозы в крови продолжает оставаться повышенным, а возможности печени в хранении гликогена исчерпаны, то глюкоза в печени из гликогена превращается в жир, который накапливается в местах его отложения. В процессе переработки печенью части глюкозы могут образовываться любые фракции жира. Это может быть и подкожный жир, и жировая инфильтрация печени, и жир в составе липопротеинов крови. Есть у инсулина и антагонист. В роли противника инсулина выступает гормон глюкагон, продуцируемый А-клетками островков Лангерганса.

Глюкагон все делает «наоборот». Если инсулин способствует отложению глюкозы (превращая ее в запасную форму – гликоген) в печени и в мышцах, снижая тем самым содержание сахара в крови, то глюкагон, напротив, включает механизмы, извлекающие гликоген из хранилищ и повышающие содержание сахара в крови. Эти два гормона являются не только главными регуляторами уровня глюкозы в крови – они еще и принимают участие в управлении деятельностью самой поджелудочной железы. При этом инсулин, в частности, стимулирует синтез пищеварительных ферментов железистыми клетками, а глюкагон тормозит их продукцию и блокирует выделение ферментов из клеток.

Помимо глюкагона, А-клетки вырабатывают гастрингибирующий полипептид; он подавляет секрецию соляной кислоты и ферментов железами желудка, но стимулирует выделение кишечного сока.

А-клетки продуцируют еще и холецистокининпанкреозимин, который действует заодно с инсулином, усиливая выработку пищеварительных ферментов клетками поджелудочной железы. Эти клетки вырабатывают и эндорфины – вещества белковой природы, способные подавлять болевые ощущения в организме. До недавнего времени считалось, что эндорфины продуцируются только клетками структур головного мозга. И вот сюрприз – к их продукции оказались причастными А-клетки поджелудочной железы.

Д-клетки островков Лангерганса вырабатывают гормон соматостатин, который можно назвать гормоном местного значения, ибо регион его действия – сама поджелудочная железа. Он подавляет синтез белка в клетках поджелудочной железы и блокирует выделение ими пищеварительных ферментов.

РР-клетками продуцируется панкреатический полипептид, стимулирующий выделение пищеварительных ферментов. Помимо этого, он оказывает влияние на деятельность желудка – вернее, его желез, заставляя их вырабатывать пищеварительные ферменты.

Всего в поджелудочной железе насчитывается от 200000 до 1800000 панкреатических островков. За сутки они вырабатывают в среднем 2 г инсулина.

Роль инсулина, глюкагона и соматостатина в гомеостазе

В энергетическом балансе организма основную роль играют инсулин и глюкагон, которые поддерживают его на определенном уровне при различных состояниях организма.

Во время голодания уровень инсулина в крови понижается, а глюкагона – повышается, особенно на 3–5-й дни голодания (примерно в 3–5 раз). Увеличение секреции глюкагона вызывает повышенный распад белка в мышцах и увеличивает процесс глюконеогенеза, что способствует пополнению запасов гликогена в печени. Таким образом, постоянный уровень глюкозы в крови, необходимый для функционирования мозга, эритроцитов, мозгового слоя почек, поддерживается за счет усиления глюконеогенеза, гликогенолиза, подавления утилизации глюкозы другими тканями под влиянием увеличения секреции глюкагона и уменьшения потребления глюкозы инсулинозависимыми тканями в результате снижения продукции инсулина.

В течение суток мозговая ткань поглощает от 100 до 150 г глюкозы. Гиперпродукция глюкагона стимулирует липолиз (жирообразование), что повышает содержание в крови жирных кислот, которые используются сердечной и другими мышцами, печенью, почками в качестве энергетического материала.

При длительном голодании источником энергии становятся кетокислоты, образующиеся в печени.

При естественном голодании (в течение ночи) или при длительных перерывах в приеме пищи (6–12 часов) энергетические потребности инсулинозависимых тканей организма поддерживаются за счет жирных кислот, образующихся во время липолиза.

После приема пищи (углеводистой) наблюдается быстрое повышение в крови уровня инсулина и уменьшение содержания глюкагона. Первый вызывает ускорение синтеза гликогена и утилизацию глюкозы инсулинозависимыми тканями.

Белковая пища (например, 200 г мяса) стимулирует резкий подъем концентрации в крови глюкагона (на 50–100%) и незначительный – инсулина, что способствует усилению глюконеогенеза и увеличению продукции глюкозы печенью. Это два очень важных заключения в понимании процессов развития болезней поджелудочной железы.

Заболевания поджелудочной железы

Обычно все авторы научных и ненаучных трудов по проблемам поджелудочной железы с ходу рвутся к описанию сахарного диабета *I* и *II* типа, только вскользь упомянув о такой широко распространенной проблеме, как панкреатит. Очень жаль... Большинство серьезных проблем поджелудочной железы начинается как раз там, где игнорируются малейшие нарушения деятельности этой «хозяйки желудочно-кишечного тракта».

Панкреатит, хронический панкреатит

На практике разделяют два вида воспаления поджелудочной железы: первый – нетоксическое поражение органа; второй – токсический панкреатит (это и алкоголь, и другие виды токсинов – своих и привносимых в организм). Мы уже упоминали, что сок поджелудочной железы попадает в 12-перстную кишку через общий желчный проток. При наличии дискинезии желчевыводящих путей возможен заброс желчи в протоки поджелудочной железы. Автор это явление ставит на первое место в развитии не только хронического панкреатита, но и диабета *I* типа (инсулинозависимого).

Коварство этого явления заключается в том, что когда желчь оказывается перенасыщенной токсическими веществами (алкоголь, продукты гниения, брожения, кислоты и подобные токсические соединения) и (или) инфицированной микроорганизмами (холецистит), она резко меняет свои биохимические характеристики: желчь становится агрессивной.

Токсичная, кислая или разъедающая желчь несовместима со многими продуктами. Понятно, что она вызывает воспаление печени, желчного протока, желчного пузыря и тонких кишок. Когда она изливается в желудок, возникает рвота. Присутствие токсичной желчи в тонких кишках препятствует перевариванию полезных продуктов, вызывая токсичное несварение, образование газов и многие брюшные проблемы и боли. 99% язв, колитов, энтероколитов – спазмы от желчного ожога с последующим разрушением всей слизистой!

Агрессивная токсичная желчь активизирует ферменты поджелудочной железы еще в протоках, при этом происходит «самопереваривание» тканей этого органа.

Клетки гибнут, на их месте разрастается соединительная ткань, и поджелудочная железа с каждым новым обострением все более и более становится похожей на шахматную доску, где погибшие участки соседствуют с еще живыми, еще выполняющими свою функцию. Да, дорогие мои читатели: все начинается с нарушения нормального функционирования печени и желчевыводящих путей.

Профессор В.А. Тарасов, хирург, избавляя людей от жесточайших болей, разделял желчный и панкреатический протоки, исключая тем самым возможность попадания желчи в поджелудочную железу. Этот метод он называл «особачиванием», так как собаки не страдают панкреатитом, «потому что от природы у них эти протоки разделены. Это мощный аргумент самой Природы в доказательство того, что человек не приспособлен питаться богатыми белками и жирами продуктами, как собака. Наш удел – вегетарианство, с разумным (скромным) употреблением природных белков в необработанном (или малообработанном) виде».

Как и все органы и системы нашего организма, поджелудочная железа также подвержена заболеваниям. Вот перед глазами лежит статья натуропата Валентина Сергеева «Преодоление панкреатита» («Аргументы и факты» № 5 от 3 февраля 1999 г.). Цитирую дословно: «По данным последних исследований, воспаление печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей, как и поджелудочной железы, в первую очередь связаны с проникновением в

организм инфекции. А это должно в корне изменить лечебную тактику» (к.м. н., президент Института натуропатии).

Все бы, конечно, ничего, но вот эти три буквы, к.м. н. (кандидат медицинских наук), все испортили – за ними исчез сам натуропат: это просто профи-медик, подвизающийся на фитотерапии! Не хватало еще сообщения, что «найден очередной ген» – ответственный за заболевание поджелудочной железы вообще, а диабета – в частности.

Бедные микробы и вирусы! Как удобно спихивать на них все наши проблемы: болезни – от них, наше невежество – от них же... А то, что мы сами расплодили их в ужасающем разнообразии, что создали им благоприятную почву на планете, сказать смелости не хватает. Нет, дорогой Валентин Сергеев, уверяю вас: проще и надежней убрать все-таки почву, на которой паразитируют эти микробы и вирусы, а уж затем бороться с остатками этих паразитов и последствиями их деятельности в организме.

Только нарушения в обменных процессах организма, только нарушения химизма крови и всех других внеклеточных и внутриклеточных жидкостей приводят к различным заболеваниям органов и систем, вирусы и микробы – последняя стадия, последняя инстанция. Эти изменения в обменных процессах человеческого организма нередко образуют камни, которые возникают в самых неожиданных местах.

Наличие такого камня в фатеровом сосочке может создать повышенное давление в панкреатических протоках, что ведет к повреждению клеточной структуры и, в конечном итоге, к возникновению острого панкреатита. Огромную (если не главную) роль в возникновении острого панкреатита играют расстройства кровообращения в железе и вегетативной иннервации. Токсичная желчь и заброс ее в панкреатические протоки, токсичная кровь и холестерин, нарушения собственного кровообращения – вот три важнейших фактора возникновения не только панкреатита, но и диабета!

Все остальные факторы: алкоголизм, ожирение, механические травмы, инфекции, вирусы, хронический холецистит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки и другие – второстепенны, они являются последующим звеном в логике развития заболеваний поджелудочной железы.

Острый панкреатит характеризуется интенсивными тупыми болями опоясывающего характера в верхней половине живота, отдающими в спину, болями в эпигастральной части, неоднократной рвотой, которая не приносит облегчения. Живот вначале мягкий, но отличается некоторая напряженность мышц в эпигастральной области. Одновременно с острым панкреатитом развиваются кишечная непроходимость и перитонит. В стадии отека в крови повышается содержание амилазы (фермент слюны и поджелудочной железы), в моче – диастазы (фермент для усвоения крахмалов). В некоторых случаях при остром панкреатите наблюдается повышение уровня прямого билирубина или мочевины. Затянувшийся острый панкреатит может перейти в хронический. Однако чаще последний формируется постепенно – в результате бессистемного и нерегулярного питания, частого употребления острой пищи, хронического алкоголизма, особенно в сочетании с дефицитом в пище белков и витаминов. Нередко хронический панкреатит возникает в результате ожирения, атеросклеротического поражения сосудов поджелудочной железы, хронической интоксикации. Воспалительный процесс поджелудочной железы может быть рассеянным и локальным. Для хронического панкреатита характерны опоясывающие боли в эпигастральной области и в левом подреберье, диспептические явления, поносы, похудение, развитие сахарного диабета.

Боли – постоянные (давящие, ноющие) или приступообразные. При пальпации обычно отмечается болезненность в эпигастральной области и левом подреберье.

В тяжелых случаях характерны панкреатические поносы, характеризующиеся выделением обильного зловонного кашицеобразного кала с жирным блеском и высоким содержанием непереваренной пищи.

Исследования ферментов поджелудочной железы в дуоденальном содержимом, а также в крови и моче позволяют судить о функциональном состоянии органа. В крови и моче содержание ферментов обычно повышается при обострении панкреатита, а также при наличии препятствия оттоку панкреатического сока. Возможны разнообразные осложнения хронического панкреатита: абсцессы, киста, сахарный диабет, развитие рубцово-воспалительного стеноза протока поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка.

Необходимо сразу оговориться, что лечение как острого, так и хронического панкреатита – довольно сложное дело, и требует значительного терпения и большого, и натуропата.

Обычно чем тщательнее больной выполняет предписания врача в отношении лечения и диеты, тем больше вероятность благополучного исхода заболевания. Автор заранее предупреждает больных, что они не всегда должны ориентироваться на быстрое улучшение состояния – оно чаще всего бывает обманчивым. Это только начальный процесс относительного восстановления, а самочувствие – уже достаточно хорошее.

Лечебное питание при панкреатите

Лечение панкреатита должно быть направлено, в первую очередь, на создание максимально щадящего режима для поджелудочной железы. При остром панкреатите и при обострении его хронической формы необходимо 2–3 дня соблюдать постельный режим при полном воздержании от пищи.

Разрешается употребление жидкости по 200 мл 5–6 раз в день. Это чай из таволги вязолистной, зверобоя, настои травяных сборов, отвары шиповника, фруктовые и ягодные соки, овощные отвары.

Позже больному можно давать свежий творог, блюда из молотых круп (типа киселя из овсянки, перловки, риса), немного перемолотого мяса птицы, рыбы, больше тушеных овощей и тушеных фруктов.

На ночь можно выпить смесь соков: морковь + картофель + свекла (3:1:1/2), свежие йогурты без сахара и консервантов, свежую деревенскую простоквашу.

Можно на ночь залить 1 ст. ложку гречневой муки (смолоть крупу в кофемолке) 1 стаканом свежего кислого молока, настоять ночь. Съесть утром на завтрак.

После перенесенного острого панкреатита диета должна соблюдаться от 6 до 12 месяцев. В течение всего этого времени нельзя употреблять: сдобу, алкогольные напитки в любом виде, жирное мясо, жирную рыбу, сало, сметану, сливки, соленья, копчености, маринады, консервы, репу, редьку, редис, лук, чеснок, белокочанную капусту. Лучше обойтись без мясных бульонов – только изредка слабые, вторичные. Ничего жареного, тушенного на растительных маслах. Количество жира в диете больных хроническим панкреатитом ограничивается 40–50 г в день, из них 90% должно составлять сливочное масло. Все другие жиры запрещаются.

Необходимо соблюдать осторожность в употреблении продуктов, содержащих углеводы (вареный картофель, макароны и другие концентрированные крахмалы), ибо они могут вызвать напряжение инсулярного аппарата и развитие сахарного диабета.

Почти такая же диета назначается и больным хроническим панкреатитом – с той лишь особенностью, что она должна быть более высокобелковой, что способствует восстановлению обменных процессов в поджелудочной железе, оказывает положительное влияние на динамику хронического панкреатита.

Нежирное мясо и рыба должны быть обязательно лишь слегка проварены (не более 10–15 минут), перемолоты через мясорубку и, тем не менее, тщательно и долго пережеваны.

Приготовленное таким способом мясо способно предотвращать жировое перерождение печени и поджелудочной железы.

Необходимо включать в рацион липотропные вещества, которых много в твороге домашнего приготовления. Если молоко и молочные продукты вызывают вздутие и метеоризм, они полностью исключаются из рациона.

Следует существенно сократить суточный объем пищи с обычных 3,5 кг до 2–1,5 кг. Эту порцию следует поделить на 5–6 приемов. Основной принцип питания: меньше жира, меньше сахара и соли, меньше жидкости (только травяные отвары).

Фитолечение при панкреатите

Самым щадящим методом лечения заболеваний поджелудочной железы является фитотерапия.

С первых же дней использования травяных настоев при заболевании поджелудочной железы необходимо учитывать факторы, которые обусловили данное заболевание, и стремиться их исключить.

Чтобы быстрее ликвидировать имеющиеся нарушения, пагубно влияющие на поджелудочную железу, необходимо стремиться к сохранению водно-солевого равновесия в организме, принимая свежие растительные соки из листьев одуванчика, подорожника, цикория, таволги, иван-чая в смеси со свежим рисовым отваром. Это обусловлено тем, что свежие растительные соки действуют эффективнее, чем настои сушеного сырья. Автор рекомендует соки дикорастущих растений, поскольку содержание биологически активных веществ в них выше и разнообразнее, чем у культурных; к тому же они менее насыщены компонентами современной химии, поэтому обладают более высокими детоксикационными возможностями.

Одновременно следует широко употреблять лекарственные растения, содержащие вещества с инсулиноподобным действием. Такие вещества в малых количествах содержатся во многих растениях, а в более значительных – в траве галеги лекарственной, стручках фасоли, листьях черники, кукурузных рыльцах, корнях одуванчика, корнях девясила, корнях лопуха, корнях солодки, листьях крапивы. Эти виды растений способствуют значительному снижению количества сахара в крови и в моче.

При внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы следует применять, с заместительной целью, настои из поливитаминных растений (рябина обыкновенная, смородина черная, черемуха обыкновенная, шиповник, земляника лесная, черника, одуванчик, морковь, зеленый горошек, проростки пшеницы, проростки люцерны, клевера).

При заболеваниях поджелудочной железы автор рекомендует употреблять настои лекарственных растений, обладающих противовоспалительным, дезинфицирующим, обволакивающим, обезболивающим и нормализующим нарушенную функцию желудочно-кишечного тракта и печени действием.

Рецепты натуропата

Употребляйте побольше печеных яблок. Полезны и отвары овса.

Приведу несколько рецептов.

1. 1 ст. ложку посевного овса промыть, измельчить на мясорубке, отварить 10 минут в 5 стаканах чистой воды, настоять 45 минут. Пить по 1/2 стакана медленными глотками за 30–40 минут до еды 3–4 раза в день.

2. Лучший в практике применения такой отвар: 3 стакана посевного овса промыть, проварить 15 минут до разбухания (мягкости), затем смолоть на мясорубке. Получившуюся кашу варить 30 минут в 3–4 литрах чистой воды, затем добавить 1 ст. ложку меда и прова-

рить снова 10 минут, добавить 1–2 ст. ложки цветков календулы и настоять, хорошо укутав кастрюлю, 45 минут. Затем процедить через металлическое сито, хорошо протерев жмых деревянной ложкой. Получившийся вкуснейший кисель пить без ограничения – чем больше, тем лучше, натошак, 1–2 л в день.

3. 1 кг лимонов (с кожурой, но без косточек), 300 г корней петрушки и 300 г чеснока пропустить через мясорубку. Смесь переложить в эмалированную кастрюлю, хранить в холодильнике 2 недели. Принимать по 1 ч. ложке за 15 минут до еды 3 раза в день, запивая смесь настоем трав: лист черники, лист брусники, земляника с листьями и корнями, стручки фасоли, кукурузные рыльца. Травы смолоть на мясорубке, хорошо смешать. 1 ст. ложку смеси залить 1 стаканом кипятка, настоять ночь в термосе, пить по 1/3 стакана.

4. Травяной настой:

Мелисса – 2 части;

Шиповник (толченые плоды) – 5 частей;

Шалфей – 1 часть;

Чистотел – 1,5 части;

Черника (плоды) – 5 частей;

Череда – 2 части;

Сушеница болотная – 3 части;

Ромашка – 1,5 части;

Репешок – 2 части;

Подорожник большой – 2,5 части;

Одуванчик (лист) – 2 части;

Календула – 2 части;

Овес посевной – 5 частей.

Измельчить травы на мясорубке, хорошо смешать. 1–2 ст. ложки залить 1/2 л крутого кипятка, настоять в термосе не менее 1 часа (лучше ночь). Пить с медом и лимоном (по вкусу), по 1/4 стакана 5–6 раз в день за 20–30 минут до еды.

При первых приемах настоя могут появиться неприятные ощущения и боли в эпигастриальной области. При уменьшении концентрации боли проходят. Прием этого настоя длительный, 5–6 месяцев.

Можно применять и другие травяные сборы, индивидуально подбирая разные сочетания растений.

5. Травяной настой:

Земляника лесная (плоды или все растение) – 5 частей;

Черника (плоды или листья) – 2 части;

Сушеница болотная – 3 части;

Горец змеиный (корень) – 2 части;

Подорожник большой – 2,5 части;

Лопух (корень) – 3,5 части;

Пырей (корневища) – 4 части;

Календула – 3 части;

Шиповник (плоды) – 5 частей;

Овес посевной – 5 частей.

Приготовление, применение – как в рецепте № 4.

6. Травяной настой:

Укроп пахучий (плоды) – 1 часть;
Кошачья лапка – 2 части;
Лопух (корень) – 2,5 части;
Арника горная – 1,5 части;
Ромашка – 2 части;
Календула – 3 части;
Сушеница – 4 части;
Черника (плоды или листья) – 5 частей;
Шиповник – 5 частей;
Овес посевной – 5 частей.
Приготовление, применение – как в рецепте № 4.

7. Травяной настой:
Календула – 2 части;
Сушеница – 3 части;
Исландский мох – 2 части;
Золототысячник – 1,5 части;
Бессмертник – 2 части;
Фенхель (плоды) – 1 часть;
Подорожник большой – 2,5 части;
Черника (плоды) – 5 частей;
Шиповник (плоды) – 5 частей;
Овес посевной – 5 частей.
Приготовление, применение – как в рецепте № 4.

8. Травяной настой:
Гравилат городской (корни) – 1,5 части;
Кукурузные рыльца – 2 части;
Зверобой – 2,5 части;
Донник лекарственный – 1 часть;
Подорожник большой – 2 части;
Вахта трехлистная – 1 часть;
Ромашка – 2 части;
Черника (плоды) – 4 части;
Шиповник (плоды) – 5 частей;
Овес посевной – 5 частей.
Приготовление, применение – как в рецепте № 4.

Очень полезны на фоне фитотерапии травяные ванны: через день, с отваром сена, овсяной соломы или лекарственных трав. Также рекомендуются аппликации из разных трав, сена, овсяной соломы в те дни, когда нет ванн.

9. При хроническом панкреатите:
Трава череды, трава девясила, мать-и-мачеха (2:1:1).
3 ст. ложки смеси залить 1/2 л воды, кипятить 3–4 минуты, настоять в термосе 2 часа.
Пить медленно, глотками, в теплом виде, за 30 минут до еды в течение 20–30 дней.

10. Травяной настой:
Лопух (корень) – 10 г;
полынь горькая – 10 г;

*девясил (корни) – 10 г;
ромашка – 10 г;
календула – 10 г;
зверобой – 10 г;
сушеница – 10 г;
хвоц – 10 г;
череда – 10 г;
шалфей – 10 г.*

1 ст. ложку смеси залить 1 стаканом кипятка, настоять в термосе 1–2 часа. Пить по 1/3–1/2 стакана 3 раза в день за 30 минут до еды.

11. Смесь тысячелистника и репешка (1:3). 1 ст. ложку смеси залить 200 мл кипятка, настоять 30 минут. Пить по 1/3 стакана 3 раза в день за 30 минут до еды.

Если не помогает, параллельно принимать настой растертого плодокорешка арбуза.

12. Травяной настой:

*Мята – 400 г;
зверобой – 100 г;
репешок – 100 г.*

1 ст. ложку смеси залить 1 стаканом кипятка, настоять ночь в термосе. Пить по 1/3–1/2 стакана 3 раза в день за 30 минут до еды.

Если в смесь добавить 750 г черного чая, получится отличное мочегонное.

13. Внимание! Отличная диагностика!

Порошок стеблей паслена сладко-горького, на кончике ножа, принимать с водой за 15 минут до еды.

– Если сразу после приема во рту остается ощущение сладости – воспаление поджелудочной железы сильное.

– Если же воспаление железы слабое, сладость почувствуется только через 10–15 минут.

14. 700 г непросеянной овсяной муки залить 1,2 л чистой воды, варить 1 час, снять с огня. Добавить 1 ч. ложку соли, 2 ст. ложки вишневого сиропа, 2 ст. ложки молотых грецких орехов. Разделить на 3 порции и съедать каждую в 3 приема перед основной едой. Одновременно принимать один из вышеуказанных фиточаев.

15. Детям! Великолепное испытанное средство.

Взять по 1 части: листьев грецкого ореха и травы чистотела; по 2 части корней лопуха, листьев черной смородины, травы зверобоя, хвоща, яснотки белой (глухой крапивы), земляники, вереска, таволги, ромашки, тысячелистника, календулы; 3 части травы череды; 4 части фиалки трехцветной. В зависимости от возраста ребенка взять от 1 до 4 ст. ложек смеси, залить 0,7 л воды, варить на медленном огне 10 минут, настоять в термосе не менее 2 часов. Это суточная доза.

16. Взять 2 ст. ложки корневищ пырея, по 1 ст. ложке травы золототысячника и корневищ аира, залить 0,6 л кипятка, настоять в термосе 2 часа. Пить по 1 стакану перед едой.

17. Взять 2 ст. ложки корневищ пырея и по 1 ст. ложке листьев самшита и земляники (самшит можно заменить репешком), залить 0,6 л кипятка, настоять 2 часа, пить по 1 стакану перед едой.

18. Взять 2 ст. ложки корневищ пырея и по 1 ст. ложке травы спорыша и корней лопуха, залить 0,6 л кипятка, настоять 2 часа, пить по 1 стакану перед едой.

19. Принимать 3 раза в день перед едой по 1/2 ч. ложки порошка листьев ясеня высокого.

20. Взять по 50 г корней одуванчика и корневищ аира, по 25 г корней крапивы, травы чабреца, мяты, хмеля. Все смолоть на мясорубке, затем – на кофемолке.

5 ст. ложек порошка смешать с 200 г меда, повидла или варенья. Принимать по 1–2 ч. ложки 1–2 раза в день в течение длительного времени. Можно иногда по 1/2 ч. ложке порошка принимать с водой, молоком или с фруктовым соком.

21. Взять 700 г травы чабреца; по 50 г полыни лекарственной (божье дерево), мяты, корней дягиля, ромашки; по 20 г лаванды, календулы, хмеля. 1 ч. ложку смеси залить 1 стаканом кипятка, настоять 30 минут. Пить теплым за 1 час до еды.

22. 1 ст. ложку кирказона ломоносовидного залить 1 л воды, кипятить 5–6 минуты, настоять 1–2 часа. Пить по 1/2 стакана 3 раза в день перед едой в течение 7–10 дней.

23. Сок звездчатки (мокрицы) с медом, пить по 1 ч. ложке 4–5 раз в день (рекомендуется при гепатитах).

24. Взять:

Цикорий (трава) – 2 части;

звездчатка – 1 часть;

мать-и-мачеха – 1 часть;

череда – 2 части;

календула – 1 часть.

2 ст. ложки смеси залить 400 мл воды, варить на медленном огне 5 минут, настоять 2 часа. Пить по 1/3 стакана за 30–40 минут до еды в течение 2–3 недель.

25. Белок одного яйца смешать с коньяком и добавить сок 1 лимона. Принимать 2–3 раза в день по 1 ст. ложке перед едой.

26. Взять:

500 г водки (лучше виноградной),

500 г оливкового масла,

10 г порошка камфоры,

10 г хлористого аммония.

Пить по 30–50 г смеси 1–2 раза в день за 1 час до еды.

– Через 20 минут выпить по 75 г настоя одной из нижеприведенных смесей:

а) по 50 г зверобоя, дубовой коры, василька синего. 2 ст. ложки залить 1/2 л воды, уварить наполовину;

б) 50 г дягиля, 50 г мать-и-мачехи, 25 г аниса (семена). 1,5 ст. ложки смеси залить 300 мл воды, варить 10 минут;

в) по 50 г мяты, зверобоя, золототысячника, тысячелистника, желтого тысячелистника, ромашки; 50 г корня валерианы. 2 ст. ложки смеси залить 1/2 л кипятка, настоять 1–2 часа в термосе.

– Съесть по 1 запеченной в духовке луковице за 20 минут до еды, можно с кислым молоком.

– Принимать по 1/2 ч. ложки такого порошка: 1 ч. ложка пепла жженого картофеля + 1/4 ч. ложки молотой яичной скорлупы.

– Вместо воды принимать отвар: мята, шалфей; фруктовые и овощные соки.

– 1 ст. ложку шалфея залить 1/2 л воды, варить 5–10 минут. Принимать по 1 чашке перед едой.

27. Для усиления рефлексорного отделения желудочного сока принимать водочную настойку корня аира по 20–30 капель 3 раза в день после еды.

28. Для снятия воспалительного процесса, метеоризма, для нормализации секреции поджелудочной железы и в качестве успокаивающего рекомендуется такой рецепт:

Овес посевной – 60 г;

Бессмертник песчаный – 60 г;

Календула – 30 г.

1 ст. ложку смеси заварить 1/2 л кипятка, настоять 30 минут. Выпить за 15 минут до еды в 4–5 приемов.

29. При камнях в поджелудочной железе: 1 ст. ложку сушеных корней лопуха большого залить 1/2 л холодной воды, настоять ночь, утром проварить в течение 15 минут, сразу процедить. Выпить теплым за 3 приема после еды.

30. Для ликвидации уплотнений, сморщивания и фиброза: принимать мумие по 0,2 г (спичечная головка) 2 раза в день с 1 ст. ложкой теплой воды и медом, утром, за 1 час до еды, и вечером – перед сном.

Курс: 10 дней прием, 10 дней – отдых; нужно провести три таких курса.

Рекомендуется смешивать мумие, 5 г, с соками алоэ, каланхоэ – 150 г. Пить по 1 ч. ложке теми же курсами.

Затем следует пройти три курса лечения прополисом по 20–30 капель на 50 г воды (молока), как указано выше.

Можно принимать и так: 2 г мумие на 1 л отвара солодки (1 ст. ложку залить 1 л кипятка, варить 5 минут). Пить по 1 ст. ложке 2 раза в день, как указано выше.

Очистка поджелудочной железы

2 кг корней петрушки пропустить через мясорубку и залить 3 л свежего деревенского молока (то есть непастеризованного) в 5–6-литровой эмалированной кастрюле. Варить все это 1,5 часа до состояния кашицы.

Есть эту кашу до тех пор, пока всю не съедите, но ничего другого не есть.

Очищается, в первую очередь, поджелудочная железа: она буквально вибрирует от этой процедуры.

Таким же образом чистятся суставы. Но беда в том, что выходят не только ненужные нам соли, но и крайне необходимые.

Обессоливание организма может вызвать спазмы в любых частях тела. На этот случай нужно иметь запас минеральной воды типа «Боржоми», «Ессентуки», «Барвихинская».

Употребляйте мед, бананы, печеную картошку, изюм, сельдерей. Полезны соки щелочных овощей и растений: сок моркови + картошки + свеклы + сельдерея + зеленого перца, а также соки одуванчика, люцерны, клевера, иван-чая и другие.

Опухоли и рак поджелудочной железы

Это одна из смертельных, трудно диагностируемых форм рака. Как правило, к тому моменту, когда выявляют опухоль, она уже неоперабельна, поэтому здесь самое важное – предотвратить болезнь. Излюбленные жертвы – мужчины от 50 до 70 лет. Алкоголизм, курение, панкреатит, сахарный диабет, ожирение – все это способствует развитию раковых опухолей.

Симптомы: желтуха кожи и белков глаз, боль в брюшной области, резкое похудение, отсутствие аппетита.

В народной медицине есть много средств для борьбы с раковыми опухолями, но вот большого выбора при лечении рака поджелудочной железы нет. Чаще используется методика лечения рака желудка или печени, селезенки.

Рецепты натуропата больным с опухолью поджелудочной железы

Приведу несколько проверенных средств из народной практики лечения опухолей поджелудочной железы.

1. Очистка толстого кишечника.
2. Очистка печени.
3. Очистка поджелудочной железы.
4. Пить медный купорос: 0,1 г (рисовое зерно) на 100 г воды. Пить первый раз утром, натощак, за 1 час до еды; второй раз (если нет тошноты) – через 12 часов, вечером. При ухудшениях состояния здоровья (тошнота, рвота) на 2–3 дня прекратить прием медного купороса, затем возобновить с меньших доз.
Нужно следить за анализами крови, поскольку медный купорос повышает содержание лейкоцитов в крови.
5. Одновременно принимать отвары трав, рекомендованные при хроническом панкреатите.
6. Строжайше соблюдать диету, рекомендованную при хроническом панкреатите.
7. В течение года ежедневно пить настойку календулы.
8. Принимать, вместо воды, отвары шалфея: 1 ст. ложку травы залить 1 л воды, варить 3 минуты.
9. Компрессы по 20 минут на область поджелудочной железы из хвоща, овсяной соломы, семян овса, сена, любой травы.
10. Принимать препараты мумие, описанные в рецепте № 30.
11. Пить 3 раза в день отвар корней лопуха (рецепт № 29), летом – сок из травы и корней лопуха.

Диабет под взглядом натуропата

К настоящему времени на земном шаре сахарным диабетом страдает более 60 млн человек. Ежегодно количество вновь диагностируемых случаев составляет 6–10% по отношению к общему числу больных, что ведет к его удвоению каждые 10–15 лет! Чем выше экономическое развитие стран, тем выше уровень заболеваемости диабетом.

Количество больных до 15 лет составляет 5% от всей популяции больных диабетом. Больные старше 40 лет составляют 80%, а старше 65 лет – 40% от всего контингента больных.

Влияние пола мало сказывается на частоте ювенального диабета, а с увеличением возраста наблюдается преобладание женщин в странах Европы, США, Африки.

Сахарный диабет – это синдром хронической гипергликемии, развивающейся в результате генетических и множества внешних факторов. К настоящему времени полностью доказана не только генетическая, но и патофизиологическая гетерогенность сахарного диабета! Так утверждает наука... (Автор эти строчки произносил бы шепотом, без ссылки на авторитеты и без оглядки на рекомендации экспертов Всемирной организации здравоохранения.)

Сегодня выделяют две основные патогенетические формы болезни: диабет *I* типа (инсулинозависимый) и диабет *II* типа (инсулинонезависимый).

В зависимости от патогенетических особенностей диабет *I* типа подразделяется на два подтипа: *Ia* и *Ib*. Подтип *Ia* связывают с дефектом противовирусного иммунитета, поэтому патогенетическим фактором является вирусная инфекция, вызывающая деструкцию В-клеток островков поджелудочной железы.

Больные диабетом *Ib* составляют 1–2% по отношению ко всем больным, страдающим диабетом. Этот подтип диабета рассматривают как проявление аутоиммунного заболевания, что подтверждается частым сочетанием диабета *Ib* типа с другими аутоиммунными эндокринными и неэндокринными заболеваниями: первичным хроническим гипокортицизмом (гипотония надпочечников), гипогонадизмом (снижение функции половых желез), аутоиммунным тиреоидитом, токсическим зобом, гипопаратиреозом (недостаточная функция паращитовидной железы), витилиго, пернициозной анемией, гнездовой плешивостью, ревматоидным артритом.

Диабет *II* типа (инсулинонезависимый) характеризуется хронической гипергликемией, которая поддается лечению диетой, способствующей уменьшению массы тела, так как главным фактором возникновения болезни является ожирение.

Подробнее о диабете первого типа

Диабет *I* типа, как правило, проявляется выраженной клинической симптоматикой, отражающей характерный для него дефицит инсулина в организме.

Началу заболевания свойственны значительные метаболические нарушения. Первый признак диабета – повышение содержания в крови глюкозы (гипергликемия) и, как следствие этого, – выделение ее с мочой (глюкозурия).

Увеличение содержания сахара в крови сопровождается усиленным выделением его с мочой. Выделение большого количества жидкости из организма вызывает обезвоживание тканей, у больных возникает жажда; вместо полагающихся по норме 1,5–2 л жидкости в сутки они выпивают до 8–10 л. Соответственно, увеличивается и выделение мочи, и возникает порочный замкнутый круг.

Наряду с повышенной жаждой у больных нарастает общая слабость, появляются кожный зуд, сухость во рту. По мере развития диабета нарушается не только углеводный, но и жировой, и белковый обмены. В результате у больных сахарным диабетом снижается сопротивляемость многим, в том числе инфекционным, заболеваниям, они протекают более тяжело и длительно.

По степени тяжести диабет *I* типа подразделяется на среднюю и тяжелую формы.

Средняя степень тяжести характеризуется необходимостью заместительной инсулинотерапии (независимо от дозы) при неосложненном течении сахарного диабета, при наличии ретинопатии *I* и *II* стадий (изменение сетчатки глаз, приводящее к ухудшению или к

потере зрения), нефропатии I стадии (почечная недостаточность), периферической нейропатии (потеря чувствительности, онемение) без выраженного болевого синдрома и трофических язв.

К тяжелой стадии относится инсулинодефицитный диабет в сочетании с ретинопатией II и III стадий или нефропатией II и III стадий, периферической нейропатией с выраженным болевым синдромом или трофическими язвами, нейродистрофической слепотой, трудно поддающимися лечению энцефалопатией (любое заболевание, влияющее на функционирование головного мозга), тяжелыми проявлениями вегетативной нейропатии, склонностью к кетоацидозу, повторными коматозными состояниями, лабильным течением болезни.

Подробнее о диабете второго типа

Клиническое течение сахарного диабета II типа (инсулинонезависимого) характеризуется постепенным его началом, без проявлений признаков декомпенсации.

Больные чаще обращаются к дерматологу, гинекологу, невропатологу по поводу грибковых заболеваний, фурункулеза, эпидермофитии, зуда во влагалище, болей в ногах, паронихии, нарушения зрения. При обследовании таких больных выявляют сахарный диабет. Нередко впервые диабет диагностируют во время инфаркта миокарда или инсульта. Иногда заболевание дебютирует гиперстольной комой. В связи с незаметным у большинства пациентов началом заболевания весьма затруднительным является определение его длительности. Диабет этого типа развивается обычно у пациентов старше 40 лет, наблюдается его частое сочетание с атеросклерозом, который обладает склонностью к быстрому прогрессированию в связи с наличием фактора риска в виде гиперинсулинемии и гипертонической болезни. Осложнения атеросклероза чаще всего являются причиной летального исхода у этой категории больных.

Диабетическая нефропатия развивается значительно реже, чем у больных диабетом I типа.

Сахарный диабет II типа по степени тяжести разделяют на три формы: легкую, среднюю и тяжелую.

Легкая форма характеризуется возможностью компенсации диабета только подходящей диетой. Вероятно ее сочетание с ретинопатией I стадии, нефропатией I стадии, переходящей нейропатией.

Для диабета средней тяжести типична компенсация заболевания при помощи сахаропонижающих пероральных препаратов (о том, насколько это утверждение верно, мы рассмотрим позже с точки зрения натуропатии). Возможно сочетание с ретинопатией I и II стадий, нефропатией I стадии, переходящей нейропатией.

При тяжелой форме компенсация заболевания достигается сахаропонижающими препаратами или периодическим введением инсулина. На этой стадии отмечается ретинопатия III стадии, нефропатия I и II стадии, тяжелые проявления периферической или вегетативной нейропатии, энцефалопатии.

Причины возникновения и хронические осложнения диабета

Для начала сообщим несколько серьезнейших причин возникновения диабета.

1. Сахарный диабет у больных тиреотоксикозом встречается значительно чаще, чем среди всего населения. Явный диабет и снижение толерантности к глюкозе отмечаются у 57 % больных тиреотоксикозом. При гипертиреозе повышено разрушение инсулина, а гипотиреоз ослабляет этот процесс.

2. Удаление яичников (и, вероятно, их атрофия) увеличивает частоту развития диабета.

3. В результате применения противозачаточных средств, содержащих эстрогены, у женщин развивается резистентность к инсулину и повышается его секреция. При наличии предрасположенности к диабету прием этих препаратов может привести к нарушениям толерантности к глюкозе.

Автор утверждает, что к развитию зоба и диабета могут привести сдвиги гормонального фона в сторону хронического избытка эстрогенов.

4. Предполагают, что употребление коровьего молока в первые 6 недель жизни ребенка играет большую роль в развитии диабета I типа у генетически предрасположенных к нему детей. Поэтому так важно грудное вскармливание новорожденных.

Кожа и подкожная клетчатка

– При декомпенсированном сахарном диабете у больного отмечается **дегидратация кожи**. Она становится сухой, тургор ее понижается. Понижение репаративных процессов приводит к медленному заживлению кожных ран. Больные диабетом склонны к гнойным и грибковым поражениям кожи. Фурункулы, карбункулы, эпидермотрофия, кандидамикоз встречаются у них значительно чаще, чем у больных, страдающих другими заболеваниями. Очень часто отмечается кожный и генитальный зуд.

– **Дермопатия («атрофические пятна»)** выражается в появлении на передней поверхности голеней симметричных красновато-коричневых папул диаметром 5–12 мм, которые затем превращаются в пигментированные атрофические пятна.

– **Липоидный некробиоз** встречается чаще у женщин и в 90% случаев локализуется на одной или на обеих голених. В остальных случаях местом поражения служит туловище, руки, лицо и голова. Заболевание характеризуется появлением участков кожи красно-коричневого или желтого цвета от 1/2 до 25 см, чаще овальной формы. Участки поражения кожи окружены эритематозной каймой из расширенных сосудов.

Эти признаки на несколько лет могут опережать развитие диабета I типа или появляться на его фоне.

Гистологические обследования кожи обнаруживают признаки облитерирующего эндартериита, диабетической микроангиопатии и вторичные некробиотические изменения.

– **Диабетическая ксантома**. Это папулы и узелки желтоватого цвета, иногда с розовым оттенком, состоящие из скоплений гистиоцитов, нагруженных липидами. Ксантомы обычно локализуются на коже предплечий, в области локтей и коленей. Ксантому на коже век называют ксантелазмой. Снижение жиров в рационе и компенсация нарушения обмена веществ способствуют исчезновению ксантомы у некоторых больных, получающих инсулин, развивается липоатрофия в местах инъекций.

– **Диабетический пузырь**. Пузыри возникают внезапно, без покраснения, на пальцах рук и ног, а также на стопе. Размеры – от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Пузырь может увеличиваться в течение нескольких дней. Они исчезают сами (без вскрытия) в течение 4–6 недель. Чаще всего пузыри отмечаются у больных с признаками нейропатии, а также на фоне кетоацидоза.

– **Кольцевидная гранулема Дарье** возникает чаще у мужчин пожилого возраста. На туловище и конечностях появляются высыпания в виде монетовидных отечных пятен розового и красновато-желтого цвета, склонных к быстрому периферическому росту, слиянию и формированию колец. Ощущается зуд или жжение. Обычно они проходят через 2–3 недели, но на смену им появляются новые. Этиология неясна. (Аллергия на лекарства – так утверждает автор.)

– **Витилиго (белые пятна на коже)** выявляются у больных сахарным диабетом в 4,8 % случаев по сравнению с 0,7% среди всего населения. Витилиго сочетается, как правило, с сахарным диабетом I типа.

Другие осложнения сахарного диабета

В результате повышения катаболизма и снижения синтеза белков в мышцах развиваются различной степени атрофические изменения.

Диабетическая амиотрофия заключается в несимметричном поражении мышц – главным образом, тазового пояса и бедер, реже – плечевого пояса. Изменения проявляются в уменьшении объема мышц, дряблости при пальпации, в мышечной слабости и повышенной утомляемости.

Часто отмечаются остеопороз и остеолит (размягчение и разрушение кости). В их основе лежат дистрофические изменения, связанные с нарушением белкового обмена. Считается, что эти изменения в костях могут развиваться в связи с нейропатией. При недостаточности кровообращения и гангрене деструкция костей наблюдается редко.

При сахарном диабете наблюдаются изменения как крупных, так и мелких сосудов. В то время как первые встречаются нередко и у лиц, не страдающих сахарным диабетом, вторые являются для него специфическими и объединяются термином «диабетическая микроангиопатия».

Поражение крупных сосудов у больных сахарным диабетом – это, в первую очередь, атеросклероз.

Атеросклероз у больных сахарным диабетом развивается в более молодом возрасте и быстро прогрессирует. Как причина смерти, инфаркт миокарда у больных сахарным диабетом встречается в 2–5 раз чаще, а тромбоз мозговых артерий – в 2 раза чаще, чем у лиц, не страдающих диабетом. Если смертность от сердечно-сосудистых заболеваний составляет половину от общего числа смертей, то 75% от них составляют диабетики.

Патологическим изменениям подвергается и сердечная мышца, которая вовлекается в процесс при поражении коронарных сосудов. Развивается дистрофия миокарда (расстройство питания тканей сердца), изменяется его сократительная способность, что приводит к постепенной декомпенсации сердечной деятельности. Медленно прогрессирующее сужение просвета сосудов сердца приводит обычно к обеднению сердечной мышцы кровью, что проявляется приступообразными болями за грудиной, отдающими в левую лопатку или руку. Спазмы сосудов сердца, их резкое сужение, образование в них тромба – это и есть причина инфаркта.

Не останавливаясь на описании клиники атеросклероза артерий сердца, мозга, почек, коснемся теперь только атеросклероза сосудов нижних конечностей. Нарушение кровообращения в нижних конечностях и развитие гангрены у больных диабетом наблюдается особенно часто. Гангрена встречается у больных диабетом в 40 раз чаще среди мужчин и в 70 раз чаще среди женщин по сравнению с лицами, не страдающими диабетом. У диабетиков гангрена отмечается уже в 20-летнем возрасте (у больных другими заболеваниями – только после 60 лет).

К ранним симптомам атеросклероза артерий нижних конечностей относится «переживающаяся хромота», которая проявляется болями в икроножных мышцах при ходьбе. При прогрессировании процесса боли становятся более стойкими, развиваются парестезии (полупараличи). Похолодание и побледнение стоп указывает уже на серьезные нарушения кровообращения. При дальнейшем прогрессировании заболевания появляется багрово-цианотическая окраска пораженных участков стопы с наиболее частой локализацией в области большого пальца. Появляются также трофические изменения в межпальцевых отделах,

мягких тканях пальцев. К наиболее серьезным проявлениям атеросклероза артерий нижних конечностей относится развитие гангрены.

Диабетическая нейропатия

Это характерное клиническое проявление сахарного диабета наблюдается у 12–70% больных. Его частота среди больных значительно увеличивается через пять и более лет заболевания сахарным диабетом.

Диабетическая нейропатия включает несколько клинических синдромов: радикулопатию, мононейропатию, полинейропатию, амиотрофию, вегетативную (автономную) нейропатию и энцефалопатию.

Радикулопатия характеризуется острыми стреляющими болями в пределах одного дерматома.

Мононейропатия – поражение отдельных периферических нервов, в том числе черепно-мозговых.

Полинейропатия – поражение периферических нервов с нарушениями чувствительности в виде «синдрома носков и перчаток». Характерно уменьшение вибрационной, тактильной, болевой и температурной чувствительности, снижение и выпадение ахилловых и коленных рефлексов.

Амиотрофия – атрофия мышц тазового пояса, боли в мышцах, снижение и выпадение коленных рефлексов, нарушение чувствительности в зоне бедренных нервов.

Вегетативная нервная система регулирует активность гладких мышц, желез внутренней секреции, сердца и сосудов. Вегетативная нейропатия наблюдается в 30–70% случаев заболевания диабетом.

Гастропатология состоит в нарушении функции пищевода, желудка, 12-перстной кишки и кишечника.

Диабетическая энтеропатия проявляется усиленной перистальтикой тонкой кишки и периодически возникающей диареей (чаще в ночное время, до 20–30 раз в сутки).

Нейропатия мочевого пузыря (атония) характеризуется снижением его сократительной способности в виде замедления мочеиспускания до 1–2 раз в сутки.

Импотенция – частый признак вегетативной нейропатии и может быть единственным ее проявлением. Наблюдается у 40–50% больных сахарным диабетом.

Диабетическая вегетативная кардиальная нейропатия характеризуется гипотонией, постоянной тахикардией, слабым терапевтическим влиянием на нее, фиксированным сердечным ритмом, гиперчувствительностью к катехоламинам, безболевым инфарктом миокарда, а иногда – внезапной смертью больного.

Основные клинические проявления **диабетической энцефалопатии** – нарушения психической деятельности. Наиболее часто ухудшается память, повышается утомляемость, раздражительность, апатия, плаксивость, нарушение сна. Далее идут необратимые процессы поражения головного мозга.

Патология органов зрения

Различные нарушения функции органа зрения, вплоть до слепоты, встречаются у больных сахарным диабетом в 25 раз чаще, чем в общей популяции.

Среди больных, страдающих слепотой, 7% составляют больные сахарным диабетом.

Диабетическая ретинопатия является одной из главных причин ухудшения зрения и слепоты у больных. Различные проявления обнаруживаются у 60–80% больных. Это поражения сетчатки, радужки, роговицы: хрусталика, зрительного нерва, экстраокулярных мышц, орбитальной ткани.

Патогенез диабетической катаракты связывают с повышенным, на фоне гипергликемии, превращением глюкозы в сорбит в тканях хрусталика. Избыточное их накопление вызывает клеточный отек, который, прямо или косвенно, изменяет метаболизм мионозита, что приводит к развитию катаракты.

Глаукома встречается у 5% больных диабетом. Повышение внутриглазного давления более чем на 20 мм рт. ст. может повредить зрительный нерв и вызвать нарушение зрения.

Атрофия зрительных нервов наблюдается у больных с длительным течением заболевания при наличии ретинопатии и глаукомы.

Диабетическая нефропатия

У больных сахарным диабетом в 2–3 раза чаще наблюдается гипертония. В основном это связано со склерозом почечных артерий и с поражением почек в результате микроангиопатии. Так называемый интеркапиллярный гломерулосклероз включает в себя узелковый и диффузный гломерулосклероз, утолщение базальной мембраны капилляров почечных клубочков, атеро– и артериосклероз, а также канальцево-интерстициальный фиброз. Это осложнение – одна из главных причин смертности среди больных сахарным диабетом, в 17 раз превышающая ее по сравнению с общей популяцией. Примерно в половине случаев диабетическая нефропатия развивается у больных, заболевших сахарным диабетом до 20-летнего возраста.

Так, уже при возникновении сахарного диабета наблюдается увеличение размеров почек, просвета канальцев и скорости клубочковой фильтрации. После компенсации диабета инсулином размеры почек нормализуются, но скорость клубочковой фильтрации остается повышенной, что свидетельствует о начале нефропатии.

Дальнейшее прогрессирование заболевания приводит к развитию у половины больных синдрома почечной недостаточности. С развитием почечной недостаточности резко снижается скорость клубочковой фильтрации, возрастают уровни остаточного азота и креатинина, выявляются гипо– или нормохромная анемия. У 80–90% больных на этой стадии заболевания значительно повышается артериальное давление. Чаще всего это вызвано задержкой натрия и гиперволемией. Тяжелая артериальная гипертензия может сочетаться с сердечной недостаточностью по правожелудочковому типу или осложняться отеком легких. Почечная недостаточность обычно сопровождается гиперкалиемией, которая может достигать 6 ммоль/л и более, что проявляется характерными изменениями ЭКГ.

Инсулин – это «смерть в рассрочку»

А ведущая тележурнала «Здоровье» утверждает, что это – нормальная жизнь... Приборчиком замерил уровень сахара в крови, приборчиком укололся – и живи, радуйся жизни! Какое надувательство – точнее, издевательство – над больными! Ведь многие так называемые «начинающие диабетчики» смело пойдут «под иглу» инсулина. Подумаешь: только и разницы между здоровыми и больными, что диабетчикам надо «колоться». Врагу бы не пожелал такой жизни и таких последствий введения инсулина!

Прошу вас, молю вас: сделайте все, что в человеческих силах, чтобы избежать введения инсулина (или отсрочить его)!

А если уж возникла крайняя необходимость, постарайтесь сделать так, чтобы доза инсулина была архиминимальной!

Помните: инсулин спасает от смерти, но не лечит!

Он спасает от кризиса диабета (комы) и быстрой смерти. Но это все равно «смерть в рассрочку».

Еще неизвестно, что больше сделал инсулин – убил людей или спас... Автор уверен, что убил больше!

Помните: больной, принимающий инсулин 2–3 месяца, уже неизлечим, это пожизненный инвалид!

Берясь за эту важную проблему, автор главной своей задачей ставил, во#первых, уберечь здоровых людей от дурных, бездумных привычек в питании, которые являются основным провокатором почти всех болезней, и болезней эндокринной системы в особенности. Эндокринная система – это уникальная, тончайшая автоматика, которая может исправно работать только в идеально чистой внутренней среде. Мы должны сегодня научиться содержать ее таковой даже в условиях глобальной экологической катастрофы внутри и вне нас, если хотим быть здоровыми и иметь перспективу на будущее в своем доме, на планете, во Вселенной.

Вторая задача – уберечь больных от безжалостного нашествия фармакологического бизнеса. Не бросайтесь в объятия дьявольской индустрии лечения без глубокого осмысления вашего положения и способов выхода из него. Огромные корпуса лечебниц, магия сверкающих приборов и инструментов, таинство истязания больного людьми в белых халатах – это чаще всего лишь психическая атака на легковверных, эдакий научный гипноз, в большинстве случаев не дающий ожидаемых результатов исцеления. Дорогостоящий – да, впечатляющий – да, но, увы, малоэффективный.

Автор всеми доступными способами постарается научить вас не попадать в положение «подопытных кроликов», а уж если возникла очередная проблема здоровья, предложит вам выход на уровень возрождения здоровья с наименьшими потерями для вас и... вашего кармана.

Лечение – это всегда труд возрождения, а не одноразовый сценический фокус моментального излечения.

Теперь вместе, дорогой мой читатель, займемся серьезной работой возрождения здоровья при тяжелейшем заболевании – сахарном диабете I типа.

Сахарный диабет I типа (инсулинозависимый)

Сразу оговоримся: инсулин, в принципе, не может лечить больных сахарным диабетом. Просто вместо недостающего гормона организм получает искусственный инсулиноподобный препарат извне, а болезнь как была, так и остается. Мало того, она прогрессирует, несмотря на все ухищрения с видами и дозами инсулина, с рекомендациями по научно обоснованной диете.

У больных диабетом I типа, у которых перед «лечением» просто была понижена продукция инсулина В-клетками поджелудочной железы (то есть не было полной атрофии, что давало шанс и возможность излечения от диабета), после инъекций инсулина наступает полная и стойкая атрофия В-клеток.

Еще раз повторим: при сахарном диабете поражается только инсулярная часть поджелудочной железы; экзогенная (вырабатывающая панкреатические соки) же часть, как правило, работает нормально.

В связи с этим научный мир давно мучает этот «выборочный вариант» гибели только bb-клеток поджелудочной железы, производящих инсулин. Почему гибнут только они, а сама поджелудочная железа остается практически здоровой?

Многие авторитеты утверждают, что у больных сахарным диабетом ствол селезеночной артерии, питающей поджелудочную железу, оказывается пораженным тяжелым атеросклеротическим процессом, нередко почти с полной облитерацией просвета сосудов. Но в

таком случае должны быть поражены не только *bb*-клетки, но и вся экзогенная часть железы. Почему-то этого не случается...

Сегодня нет толковой теории возникновения диабета *I* типа; нет и разумного лечения. Есть только метод убогого «сожительства» с диабетом посредством инъекций инсулина. Что же, тупик?

Великолепный ответ научному миру подготовил замечательный исследователь особо важных медицинских проблем из Санкт-Петербурга Марк Яковлевич Жолондз: *«...Однако случаи истинного сахарного диабета I типа, для лечения которого не применялся инсулин, а еще лучше, если не применялись и противодиабетические таблетированные препараты, нельзя считать неизлечимыми»*. Это положение аргументировано следующим образом. Островки Лангерганса составляют всего лишь 2–3% массы железы и распределены среди совершенно здоровых 97–98% клеток экзогенной части. Погибают избирательно не все, а только около 70% массы клеток островков Лангерганса. Это нереально. Такая избирательность может быть достигнута только искусственной атрофией.

Отсюда вывод: причина инсулинозависимого сахарного диабета может заключаться только в нарушениях собственного кровообращения и вегетативной иннервации островков Лангерганса поджелудочной железы. В существовании отдельной регуляции кровообращения островков Лангерганса у нас нет никаких сомнений. Другой причины здесь просто нет! Следствие: инсулинозависимый сахарный диабет является заболеванием функциональным, заболеванием излечимым!»

И еще один известный факт. В состоянии покоя 75% внутридольковых капилляров печени выключены из активного кровообращения, а при возрастающей нагрузке на печень эти ресурсы мобилизуются.

«Мы вправе полагать, что капилляры островков Лангерганса работают по такому же общему принципу. В состоянии покоя значительная часть капилляров островковой части поджелудочной железы выключена из активного кровообращения и мобилизуется при возрастании потребности в инсулине. Но это – в норме. В случае нарушений вегетативной иннервации и локального кровообращения островки Лангерганса могут работать в режиме постоянного дефицита действующих капилляров. В этом состоянии, по нашему мнению, подлинная причина развития инсулинозависимого сахарного диабета».

С точки зрения натуропата

Блестящий ответ, но не полный, с точки зрения натуропатии.

Натуропатия этот вопрос трактует несколько шире. Поджелудочная железа с островками Лангерганса сформировалась в те времена, когда человек практически не ел варенные крахмалы. Вся его пища состояла из натуральных продуктов питания, без очисток, концентрации и продолжительной варки.

Не было и сахара, не было и высококрахмалистых соединений в виде белой очищенной муки и изделий из нее, не было вообще картофеля и многих других высококрахмалистых продуктов, не было необходимости все крахмалистые продукты жарить с жирами и маслами, и никто не додумался сочетать все это в невероятных комбинациях с сахаром, жиром и солью. Цивилизация создала такие продукты, в которых крахмалы, в подавляющем большинстве, сочетаются с жиром, сахаром и солью.

Теперь островкам Лангерганса пришлось работать со «сверхпроектной мощностью». Они стали работать в режиме ежедневных мировых рекордов. Ни Природа, ни Вселенная не могли предусмотреть такие нагрузки. «Сверхкрахмалы» и «сверхжиры», «сверхсахара», огромные излишки белков привели к сверхстимуляции островков Лангерганса и, одновременно, к постоянной закупорке питающих капилляров неперевавленными крахма-

лами, жирами, белками. Неудивительно, что таким образом исчезли все резервы коллатерий и исчерпаны «мощности» островков Лангерганса.

Вопросы регуляции кровоснабжения вегетативной нервной системой здесь весьма ограничены возможностями самой системы кровоснабжения (при поражениях ее значительной части). Вопрос лечения диабета I типа теоретически может быть решен только при возможности восстановления коллатерального кровоснабжения. Это возможно только после жесткой, последовательной очистки организма: толстого кишечника, печени, поджелудочной железы, селезенки, крови, лимфы. Без очистительных мероприятий, на фоне правильной диеты, фитотерапии, электропунктуры, дозированных физических нагрузок (лучше йога-терапии) нечего и мечтать об излечении от диабета.

Да, одна только диета не может вылечить диабет I типа, но она позволит отодвинуть по времени и тяжести все страшные последствия инсулинотерапии. Она позволит на ее фоне качественно проводить все очистительные мероприятия. Без диеты нечего и думать об эффективности очисток – это будет просто переливание из пустого в порожнее.

Фитотерапия (грамотная) и диета (продуманная для конкретного больного) позволяют существенно снизить дозировки инсулина (особенно в начале заболевания), что позволяет длительное время не увеличивать его дозу. Это архиважно и в общей практике лечения, и для каждого больного в отдельности.

Сахарный диабет II типа (инсулинонезависимый) с ожирением (по М.Я. Жолондзу)

Инсулинонезависимым сахарным диабетом (II типа) страдает 85% всех больных сахарным диабетом! Причем 72% из них составляют больные с ожирением!

Часто в практике лечения этого заболевания врачи применяют инъекции инсулина и перорально – сахаропонижающие лекарственные средства. Это грубая ошибка: больным с ожирением, с повышенной массой тела не должны назначаться инъекции инсулина и сахаропонижающие лекарства!

Ошибку с назначением инсулина исправить невозможно!

Существующие сахаропонижающие препараты помогают больным, но сахарный диабет они не лечат.

Эти препараты увеличивают выделение инсулина В-клетками поджелудочной железы в условиях, когда инсулина в крови и так достаточно.

При этом заболевании поджелудочная железа совершенно здорова и выделяет в кровь такое количество инсулина, которое соответствует концентрации глюкозы в крови!

Любому назначению инсулина должно предшествовать назначение противодиабетических пероральных препаратов. Назначение их обязательно должно начинаться с менее эффективных. Если после применения этих препаратов уровень глюкозы в крови больного снижается, но этого снижения недостаточно, можно назначать более эффективные таблетированные средства.

Если же сильные таблетированные препараты приводят к стойкому снижению уровня глюкозы в крови, по сравнению со слабыми препаратами, но уровень продолжает оставаться высоким, появляются основания для назначения инсулина.

Вот здесь больше всего и делается ошибок!

Когда первая доза инсулина (и последующие малые дозы) не приводит к снижению уровня глюкозы в крови, врачи сразу назначают высокую (в народе говорят – лошадиную) дозу. Это самая главная, самая грубая ошибка. Истинный инсулинозависимый диабет реагирует на первую же инъекцию инсулина ощутимым снижением уровня глюкозы в крови. Если же такой реакции на препарат нет, то инъекции инсулина должны быть немедленно прекра-

щены. Это значит, что диагноз ошибочен, что данный случай заболевания не является инсулинозависимым вариантом сахарного диабета или он не требует компенсации инсулином!

Главным виновником инсулинонезависимого диабета является печень!

Уровень глюкозы в крови при данном варианте сахарного диабета (с ожирением) повышен только из-за неспособности печени забирать излишки глюкозы из крови на временное хранение! В крови одновременно повышен и уровень глюкозы, и уровень инсулина, который соответствует уровню глюкозы.

При повышенном уровне глюкозы островки Лангерганса вынуждены работать с перенапряжением, чтобы поддерживать необходимый уровень инсулина. Это главнейшее утверждение. Дефицита инсулина при этом не бывает, и назначать его преступно!

При диабете II типа ожирение не может быть обусловлено повышенным уровнем инсулина в крови!

Излишняя глюкоза циркулирует с кровью, но не принимается печенью на временное хранение в виде гликогена. Вместе с излишней глюкозой в организме циркулирует и излишний инсулин, причем его уровень соответствует уровню глюкозы.

Но для ожирения недостаточно циркуляции излишней глюкозы с кровью. Эта излишняя глюкоза крови должна поступить в печень. Необходимо, чтобы эта излишняя глюкоза крови оказалась еще и излишней глюкозой для печени, это значительно труднее сделать, так как для печени норма принимаемой глюкозы в несколько раз больше, чем для крови. Для крови 50 г глюкозы – уже превышение нормы, а для печени 50 г глюкозы ничего не значит, для печени и 300 г гликогена еще норма. И пока в печени излишняя глюкоза крови не станет излишней глюкозой для печени, не начнется образование жира из излишков глюкозы в печени.

(М.Я. Жолондз, «Новое понимание диабета»)

Причина развития сахарного диабета II типа – систематическое излишнее поступление глюкозы в кровь из пищи!

Наступает момент предельно возможного заполнения клеток печени (гепатоцитов) гликогеном и вновь образованным из глюкозы жиром. В клетках печени уже просто физически нет места для приема очередных порций излишней глюкозы, циркулирующей в крови. Печени ничего не остается делать, как вновь и вновь отправлять новые порции жира в запас. Освободившееся место мгновенно занимают новые порции глюкозы. В результате очень долго не наступает ситуация, когда организму необходимо получить глюкозу из гликогена печени. Печень превращается в орган производства жира. Постепенно гепатоциты печени заполняются преимущественно жиром. Развивается ожирение печени – стеатоз печени. К этому времени уже развивается и общее ожирение организма. Ожирение печени, на фоне общего ожирения и прежнего переполнения крови глюкозой, стабильно поддерживает диабет II типа и общее ожирение.

Печень, даже при ожирении, выполняет все остальные свои функции, кроме приема излишней глюкозы из крови.

Если при этом назначать инсулин (а его и так достаточно в крови), то он будет буквально вдавливать излишки глюкозы в клетки печени, но там места для нее нет, все занято жиром. На какое-то время уровень сахара снижается, но клетки печени долго не выдерживают такой режим, и начинается их разрушение. Вот в этом и заключается главное коварство инсулина – он временно создает видимость успешного лечения. Но очень скоро уровень глюкозы снова повышается, но теперь уже разрушена печень и развито ожирение тела.

Дальнейшее поступление инсулина будет постоянно разрушать печень, и неизвестно, будет ли процесс регенерации клеток печени уравнивать процесс разрушения...

Диабет II типа без ожирения (по М.Я. Жолондзу)

Инсулинонезависимый диабет без ожирения встречается в 15% всех случаев заболевания диабетом II типа.

Здесь все дело не в переедании или чрезмерном усвоении пищи, иначе появилось бы ожирение. Но главная причина остается: печень не принимает на временное хранение излишнюю глюкозу из крови, поэтому такой диабет развивается по II типу.

В данном случае печень тоже содержит излишки жира, но это уже не ожирение. Тогда что же это такое?

Виновника М.Я. Жолондз нашел при исследовании тиреотоксикоза – это заболевание щитовидной железы!

При рассмотрении проблем тиреотоксикоза (гипертиреоза) установлено, что при этом заболевании щитовидная железа производит и выделяет в кровь излишнее количество тиреоидных гормонов (тироксина T_4). Главный потребитель тироксина – печень. Она же является и регулятором уровня тироксина в крови: извлекает и норму его, и излишки. Излишки тироксина печень перерабатывает (если еще может) и выделяет с желчью в кишечник. Но тироксин увеличивает усвоение кислорода клетками печени и этим увеличивает их энергообеспечение. Именно это заставляет печень производить излишки желчи, необходимые для сопровождения и выделения излишков переработанного тироксина.

Образно говоря, при гипертиреозе клетки печени увеличивают «производственную» деятельность за счет снижения «складской». Можно сказать, что увеличиваются «производственные» площади и до минимума сокращаются «складские» (остаются только аварийные запасы). «Производственные» потребности свободно покрываются излишками жирных кислот печени, а если их не хватает – извлекаются жировые запасы, поэтому человек может значительно похудеть или сохранять нормальную массу тела.

И хотя теперь в клетках печени постоянно обнаруживаются излишки жиров (больше нормы), это уже не накопление жира в печени, не ожирение печени. Это непрерывный процесс усиленного производства желчи и холестерина. Или, точнее сказать, это постоянно заменяющийся материал для усиленного производства желчи с целью сопровождения излишков тироксина.

Излишки глюкозы при тиреотоксикозе не принимаются на временное хранение в клетках печени – для них там просто нет необходимого места. Эти излишки (иногда все) остаются в крови, уровень глюкозы в крови повышается. Но это не всегда приводит к сахарному диабету.

В зависимости от уровня глюкозы в крови при тиреотоксикозе возможны варианты.

ПЕРВЫЙ ВАРИАНТ. Исходный уровень глюкозы в крови до тиреотоксикоза был пониженным (гипогликемия), а при лечении тиреотоксикоза (после принятия таблеток) суммарный уровень глюкозы в крови приблизился к норме, но не достиг ее. Это бывает редко. Гипертиреоз в данном случае ухудшает общее состояние больного, но одновременно облегчает течение гипогликемии, так как уменьшается дефицит глюкозы в крови.

Без тиреотоксикоза гипогликемия была бы еще большей. Лечение тиреотоксикоза выявит скрытый дефицит глюкозы в крови, что потребует уменьшения секреции инсулина поджелудочной железой.

ВТОРОЙ ВАРИАНТ. Встречается часто. В крови до тиреотоксикоза – практически нормальный исходный уровень глюкозы. При лечении (после добавления тиреотоксической глюкозоповышающей составляющей – таблеток) он превышает норму. А это уже сахарный

диабет. Уровень инсулина в крови в этом варианте всегда будет соответствовать уровню глюкозы – это тиреотоксикозный диабет *II* типа, и сопровождается он понижением массы тела.

Такой сахарный диабет *II* типа вызывается гипертиреозом.

Причина гипертиреоза – усиленное всасывание йода в тонком кишечнике из химуса (пищевой кашицы).

Вывод: усиленное всасывание йода в тонком кишечнике при практически нормальном исходном уровне глюкозы в крови обязательно вызывает развитие гипертиреоза, и вместе с ним – сахарного диабета *II* типа той или иной степени тяжести. Распространенность такого сахарного диабета почти достигает распространенности гипертиреоза.
(М.Я. Жолондз)

Бессмысленно лечить его антидиабетическими лекарствами – сахаропонижающими таблетками, инсулином.

Лечение тиреотоксического диабета – это лечение тиреотоксикоза!

Инъекции инсулина при таком диабете катастрофически опасны, так как травмируют печень и приводят к атрофии *bb*-клеток поджелудочной железы.

Сахарный диабет *III* типа (по М.Я. Жолондзу)

Все случаи диагностированного сахарного диабета *II* типа, при которых оказываются действительно полезными инъекции инсулина в нормальных или в малых дозах или пероральные антидиабетические препараты, – это и есть случаи сахарного диабета *III* типа.

Все случаи сахарного диабета, при которых специалисты обнаруживают так называемую относительную недостаточность инсулина в крови, когда только часть излишков глюкозы в ней обусловлена недостатком инсулина, являются случаями сахарного диабета *III* типа.

Тяжелое течение сахарного диабета *III* типа может быть обусловлено либо превалированием диабета *I* типа в его составе, либо превалированием тиреотоксического диабета *II* типа. Лечить такой диабет надо как диабет *II* типа (при тиреотоксической составляющей необходимо сначала лечить гипертиреоз), тогда автоматически перестанет проявляться накладываются (фактический, а не кажущийся) на нее диабет *I* типа.

Гиперинсулинизм (по М.Я. Жолондзу)

Гиперинсулинизм, в определенном смысле, противоположен диабету *I* типа. При таком заболевании у людей систематически повышен уровень инсулина в крови в связи с повышенной продукцией инсулина (*B*-клетками поджелудочной железы). По этой причине уровень глюкозы в крови постоянно ниже нормального, так как глюкоза (с помощью излишнего инсулина) сверх нормы переводится в гликоген печени, а затем – в жировые запасы. Самым частым симптомом гиперинсулинизма является увеличение массы тела на фоне повышенного аппетита и быстрой утомляемости.

Получается парадокс: запасы энергии в организме большие, а использовать их большой полноценно не может. Организм и рад был бы вернуть глюкозу в кровь из запасов печени, но избыточный инсулин снова возвращает глюкозу в печень. От этого возникает и желание есть сверх меры, чтобы пополнять кровь недостающей глюкозой, от этого и нарастает масса тела. Часто, не разобравшись, такому толстяку советуют много бегать и заниматься физическими упражнениями. Но такие нагрузки при гиперинсулинизме приводят к быстрому расходу и

без того дефицитной глюкозы, а это требует еды-еды-еды... Так гиперинсулинизм вызывает одну из разновидностей ожирения, не сопровождающегося диабетом.

Состояние гиперинсулинизма может быть вызвано искусственно с помощью лекарственных средств. Так, очень часто больным сахарным диабетом III типа, особенно при пониженной массе тела, по некомпетентности назначают инъекции инсулина в больших дозах (на нормальные дозы организм таких больных реагирует слабо). Таким способом больного искусственно вводят в состояние сильного гиперинсулинизма. Через несколько дней таких инъекций больной начинает, неожиданно для специалиста, терять сознание после незначительной физической нагрузки, даже после нескольких шагов по больничному коридору. Больного сажают на коляску, но инсулин не отменяют. Такова магия инсулина и таков искусственно вызванный гиперинсулинизм: он держит больного на грани гипогликемической комы.

(М.Я. Жолондз)

В чем же причина гиперинсулинизма?

Все дело – в нарушениях вегетативной иннервации и кровоснабжения островков части поджелудочной железы – в данном случае, в сторону их усиления.

(М.Я. Жолондз)

Легче всего и быстрее всего это может исправить электропунктура в сочетании с правильно подобранной диетой, фитотерапией, гидротерапией, занятиями по системе йогов.

Растения, влияющие на функцию многих эндокринных желез и на обменные процессы

Железы внутренней секреции играют важную роль в координации метаболических процессов, обуславливающих адаптацию организма и постоянство внутренней среды (гомеостаз). Они обеспечивают регуляцию обмена веществ путем выделения во внутреннюю среду специфических биологически активных соединений – гормонов. Последние обладают широким спектром действия на обменные процессы в клетках, тканях и в органах. Они регулируют процессы жизнедеятельности: рост и развитие организма, дифференциальную активность генов, формирование пола и размножение, поведенческие реакции и умственную деятельность. Нарушение одного из этих звеньев приводит к различным патологическим изменениям в организме.

Некоторые растения содержат вещества, влияющие на функцию многих эндокринных желез, то есть оказывающие полигландулярное действие. Эти растения – женьшень (*Panax ginseng* C.A. Mey), элеутерококк колючий (*Eleutherococcus senticosus* Rupr et Maxim), заманиха (*Echinopanax elatum* Nacal), аралия (*Aralia cordata* Thuhb.) семейства аралиевых (*Araliaceae*), левзея сафлоровидная, маралий корень (*Rhaponticum coxthamoides* Willow Iljin) семейства сложноцветных (*Asteraceae*), родиола розовая (*Rhodiola rosea* L.) семейства толстянковых (*Crassulaceae*), стеркулия платанолистная (*Sterculia platanifolia* L.) семейства стеркулиевых (*Sterculiaceae*), лимонник китайский (*Schizandra chinensis* Baill) семейства магнолиевых (*Magnoliaceae*).

Препараты из этих растений обладают адаптогенными свойствами и широко применяются при лечении эндокринных заболеваний, в том числе сахарного диабета, нарушений половой функции. Под влиянием этих препаратов (адаптогенов) повышается неспецифиче-

ская резистентность организма. Антистрессовое действие адаптогенов – общая адаптационная реакция (ОАР) – реализуется следующим образом: сначала раздражаются периферические окончания нервной системы, возбуждается центральная нервная система (ЦНС), затем, через гипоталамус, активируется секреторная функция передней доли гипофиза, после чего следует синтез и выброс в кровь кортикотропина, стимулирующего секрецию кортикостероидов (П.Д. Горизонтов, Т.Н. Тарасов, 1968; И.В. Дардымов, 1976). Эффективность адаптогенов при различных заболеваниях характеризуется одинаково – повышением тонуса (И.В. Дардымов, 1976). Адаптогены повышают также адаптивные возможности ЦНС и эндокринных желез.

Неспецифическая резистентность, увеличивающаяся под воздействием адаптогенов растительного происхождения, по ряду признаков тождественна состоянию, возникающему при адаптационном синдроме Селье. В. Петков (1975) определил, что экстракт женьшеня (*Panax C.A. Mey*) семейства аралиевых (*Araliaceae*) активизирует корковое вещество надпочечников: увеличивает их массу, уменьшает содержание в надпочечниках аскорбиновой кислоты и холестерина, усиливает выделение кортикостероидов с мочой. На гипофизэктомированных крыс женьшень подобного эффекта не оказывал.

В основе столь разнообразных проявлений действия адаптогенов на функции здорового, а тем более – больного организма, очевидно, лежит не один какой-либо механизм. Многообразие действия адаптогенов свидетельствует об их политропности и полигландулярном эффекте (И.И. Брехман, 1957; И.В. Дардимов, А.С. Саратиков, 1974; И.В. Дардымов, 1976). Влияние адаптогенов на реактивность организма, их гонадотропный эффект, действие на обмен углеводов, антидиуретические свойства, своеобразное – по-видимому, двоякое воздействие – на адренореактивные и холинореактивные структуры позволяют предположить их влияние на промежуточный мозг, гипофиз и другие эндокринные железы.

Аралия маньчжурская (*Aralia mandshurica Rupr. et Maxim*) – небольшое деревце. В настойке из корня аралии обнаружены смесь алкалоидов, эфирные масла, сапонины, гликозиды. Ее применяют при астеноневротических состояниях. Из корней аралии маньчжурской получен препарат сапарал, состоящий из аммонийных оснований солей тритерпеновых глюкозидов (аралоидов). Он стимулирует деятельность ЦНС, способствует улучшению метаболических процессов.

Женьшень обыкновенный, пятилистный, ползучий (*Panax ginseng*, *P. quinquefolium*, *P. repens*) – многолетнее травянистое растение. Корни женьшеня содержат эфирные и жирные масла, пектины и другие углеводы, гликозиды (панаксозиды А и В, панаквилон, панаксин), тритерпеновые сапонины, смесь которых называют панаксозидом, тиамин, рибофлавин, зола этих корней – фосфорные кислоты и другие (Д.А. Муравьева, 1978; И.Д. Дамиров и соавт., 1982; М.Д. Машковский, 1983). Химическая природа и фармакологические свойства веществ, входящих в состав женьшеня, изучены еще недостаточно. В эндокринологии препараты женьшеня применяют как общеукрепляющее, гипогликемическое, улучшающее функциональную деятельность сердечно-сосудистой системы средство.



Заманиха (*Echinopanax elatum* Nacal) – кустарник с длинным ползучим корневищем. Настойка из корней или корневищ содержит сапонины, смесь алкалоидов и гликозидов, эфирное масло. По действию на организм похожа на женьшень.

Зверобой обыкновенный (*Hypericum perforatum* L.) – многолетнее травянистое растение. Содержит пурпурный пигмент гиперин, псевдогиперин, флавоновый гликозид гиперин (0,4%), образующий, после гидролиза, кверцетин и галактозу, эфирное масло, сапонины, дубильные вещества, каротины. Зверобой имеет широкий спектр действия. Он стимулирует функцию ЦНС (А. Ожаровски, 1976). Гиперин влияет на деятельность желез внутренней секреции и на обмен веществ. По данным Экштейн и Флямм, он эффективен при расстройствах менструального цикла, легких формах сахарного диабета. Зверобой широко используется также как тонизирующее и успокаивающее средство (Д.А. Муравьева, 1975; И.В. Дардымов и соавт., 1982).



Левзея сафлоровидная (*Rhaponticum carthamoides* (Willd.) (Hyin) – травянистое многолетнее растение. Экстракт из корневищ левзеи содержит смолистые вещества, алкалоиды, лигнаны, каротин, аскорбиновую кислоту (М.Д. Машковский, 1985). Химический состав этого растения пока мало исследован. Препараты из корневищ левзеи улучшают деятельность сердца, стимулируют нервную систему. Применяются как общеукрепляющее, тонизирующее средство.



Лимонник китайский (*Schizandra chinensis* Baill) – листопадная лиана с одревесневшим стеблем. Плоды лимонника содержат кристаллическое вещество лигнан – схизандрин, флавоноиды, катехины, антоцианы, эфирные масла, органические кислоты, углеводы, витамины, пектиновые вещества и др. Препараты лимонника оказывают тонизирующее действие, улучшают функцию сердечно-сосудистой системы, стимулируют деятельность ЦНС, применяются при артериальной гипотонии.

Осока песчаная, ржавопятнистая (*Carex arenaria* L., *C. jiderosticta* Hance) – многолетнее растение. Корневище осоки содержит смолы, слизи, камедь, сахар, следы эфирного масла, горький гликозид, растворимый в воде и спирте, 0,4% аспарагина, минеральные соли, силиций, сапонины. Настой корневища оказывает потогонное, мочегонное, обезболивающее действие. Его широко применяют в народной медицине при нарушении функции эндокринных желез (Я. Мушиньски, 1958).

Родиола розовая, или золотой корень (*Rhodiola rosea* L) – многолетнее травянистое растение. В экстракте из корневищ родиолы обнаружены фенольные соединения: феноло-

спирты и их гликозиды, флавоноиды (кверцетин, гиперозид, органические кислоты, липиды, соединения марганца) и дубильные вещества. Родиола оказывает тонизирующее, общеукрепляющее действие. Химический состав корневищ родиолы изучен не полностью. Из них выделены также два кристаллических вещества: п-оксифенил – *bb*-этанол или п-тирозол и его гликозид п-оксифенил-*bb* – этанол или родиолизид.



Стеркулия платанолистная (*Sterculia platanifolia* L.) – дерево с круглой лиственной кроной. В настойке из стеркулии обнаружены смолистые вещества, органические кислоты, эфирное масло, алкалоиды. Растение изучено еще недостаточно. Препараты стеркулии стимулируют деятельность ЦНС, сердечно-сосудистой системы.

Элеутерококк колючий (*Eleutherococcus senticosus* Rupr. et Maxim) – кустарник. Жидкий экстракт из корневищ и корней содержит моно- и полисахариды, воск, смолы, пектиновые вещества, жирные и эфирные масла, производные кумаринов, микроэлементы и элеутерозины А, В, С, D, Е. Экстракт элеутерококка оказывает общеукрепляющее действие, снижает содержание холестерина и *b*-липопротеидов в сыворотке крови при атеросклерозе (С.Я. Соколов, И.П. Замотаев, 1985).

Ценным препаратом является пыльца растений (*Pollen*), состоящая из микроспор. В пыльце обнаружены почти все известные витамины и аминокислоты, а также ферменты, фитогормоны, минеральные соли, фитонциды и другие вещества (Н.П. Йойрыш, 1976; А. Кайяс, 1983).

Многочисленные лекарственные растения влияют на обмен веществ в организме; обладают мочегонным, потогонным, слабительным, желчегонным свойствами и действуют на функцию эндокринных желез. В народной медицине эти лекарственные растения называют кровоочистительными. К ним относятся: агавы (*Agave L.*) семейства агавовых (*Agavaceae*), анис обыкновенный (*Anisum vulgare Gaertn.*), любисток аптечный (*Levisticum officinale Koch.*), бедренец камнеломковый (*Pimpinella saxifraga L.*) семейства зонтичных (*Apiaceae*), барвинок малый (*Vinca minor L.*) семейства кутровых (*Apocynaceae*), береза повислая (*Betula verrucosa Ehr.*) семейства березовых (*Betulaceae*), бузина черная (*Sambucus nigra L.*) семейства жимолостных (*Caprifoliaceae*), горечавка желтая (*Gentiana lutea L.*) семейства горечавковых (*Gentianaceae*), дрок красильный (*Genista tinctoria L.*) семейства бобовых (*Fabaceae*), дурнишник обыкновенный (*Xanthium strumarium L.*), календула лекарственная (*Calendula officinalis*), полынь горькая (*Artemisia absinthium L.*), цикорий дикий (*Cichorium intybus L.*), череда трехраздельная (*Bidens tripartita L.*) семейства сложноцветных (*Asteraceae*), ежевика сизая (*Rubus catesii L.*), земляника лесная (*Fragaria vesca L.*), миндаль обыкновенный (*Amygdalus communis L.*), терн (*Prunus spinosa L.*) семейства розоцветных (*Rosaceae*), жеруха аптечная (*Nasturtium officinale (L.) R. Br.*), ложечная трава (*Cochlearia arctica L.*), пастушья сумка обыкновенная (*Capsella bursa pastoris L. Medic.*) семейства крестоцветных (*Brassicaceae*), конопля посевная (*Cannabis Sativa L.*) семейства тутовых (*Moraceae*), крапива двудомная (*Urtica dioica L.*) семейства крапивных (*Urticaceae*), крушина ольховидная (*Frangula alnus Mill.*) семейства крушиновых (*Rhamnaceae*), кукуруза обыкновенная (*Zea mays L.*), пырей ползучий (*Elytrigice repens Desv*) семейства злаковых (*Poaceae*), шток-роза (*Althaea nigra L.*) семейства мальвовых (*Malvaceae*), можжевельник обыкновенный (*Juniperus communis L.*) семейства кипарисовых (*Cupressaceae*), ластовень лекарственный (*Vincetoxicum officinale L.*) семейства ластовневых (*Asclepiadaceae*), орех грецкий (*Juglans regia L.*) семейства ореховых (*Juglandaceae*), подорожник большой (*Plantago major L.*) семейства подорожниковых (*Plantaginaceae*), тимьян обыкновенный (*Thymus serpyllum L.*), яснотка белая (*Lamium album L.*) семейства губоцветных (*Lamiaceae*), хвощ полевой (*Equisetum arvense L.*) семейства хвощевых (*Equisetaceae*), хмель обыкновенный (*Humulus lupulus L.*) семейства тутовых (*Moraceae*), черника (*Vaccinium myrtillus L.*) семейства брусничных (*Vacciniaceae*), чистотел большой (*Chelidonium majus L.*) семейства маковых (*Papaveraceae*), фиалка трехцветная (*Viola tricolor L.*) семейства фиалковых (*Violaceae*).

При ожирении в народной медицине применяются: алоэ древовидное семейства лилейных (*Liliaceae*), береза, дрок красильный, зверобой, крушина ломкая, можжевельник, мята перечная (*Mentha piperita L.*) семейства губоцветных (*Lamiaceae*), одуванчик лекарственный (*Taraxacum officinale Wigg*), тысячелистник обыкновенный (*Achillea millefolium L.*) семейства сложноцветных (*Asteraceae*).

Особого внимания заслуживают лекарственные растения, которые влияют на функцию эндокринных желез и обменные процессы, оказывают выраженное противовоспалительное действие. Эти лекарственные растения служат источником промышленного получения кортизоноподобных веществ (З.Г. Лавитская, 1968; Д.А. Муравьева, 1978).

Паслен птичий, дольчатый, сладко-горький (*Solanum aviculare Forst, S. laciniatum Ait, S. dulcamara L.*) – полукустарник семейства пасленовых (*Solanaceae*) содержит стероиды.

Инжир садовый (*Ficus carica L.*) – плодовое дерево семейства тутовых (*Moraceae*) действует кортизоноподобно.

Мыльнянка лекарственная (*Saponaria officinalis L.*) – многолетнее травянистое растение семейства гвоздичных (*Caryophyllaceae*). Корень ее содержит сапонины, оказывает

мочегонное, отхаркивающее, потогонное, слабительное действие, активизирует обменные процессы.

Смородина черная, красная, белая (*Ribes nigrum*, *R. rubrum* L., *R. album* L.) – многолетний кустарник семейства камнеломковых (*Saxifragaceae*). Кортизоноподобным свойством обладают плоды смородины. Такое же действие оказывают препараты хвоща полевого. (В.В. Кархут, 1975).

Солодка голая (*Glycyrrhiza glabra* L.) – многолетнее травянистое растение семейства бобовых (*Fabaceae*). Оказывает противовоспалительное действие. Химический состав растения: сладкий гликуронид, сапонин, глицирризин до 7%, содержащий соли кальция, калия и глицирризиновой кислоты, флавоноиды, гликозид ликвиритин, разлагающийся на ликвиритогенин и глюкозу, агликон глицирризиновой кислоты – одноосновная глицирретиновая кислота, сахаристая часть (гликон) которой представлена 2 молекулами гликуроновой кислоты.



В солодке обнаружены гликуронидовые соединения, из которых при гидролизе образуется гликуроновая кислота, легко соединяющаяся с фенолом, крезолом, индоксилом, скатоксилом и другими веществами, получаемыми как побочные продукты метаболизма и выделяющимися почками из организма (естественная дезинтоксикация организма). Препараты солодки, содержащие гликуроновую кислоту, применяются для улучшения обмена веществ, при заболеваниях печени, почек. Глицирризин обладает свойством сапонинов. Так как в горячей воде он частично разлагается, используются следующие лекарственные формы: порошки, жидкий экстракт и холодный мацерат глицирризина (А.Ф. Гаммерман, 1967; Д. А. Муравьева, 1978).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.