

А. Д. Черкасов

---

# **Теория и практика обретения здоровья и долголетия**

Руководство  
по оздоровлению  
и предотвращению  
хронических заболеваний

**А. Д. Черкасов**

**Теория и практика обретения  
здоровья и долголетия.  
Руководство по оздоровлению  
и предотвращению  
хронических заболеваний**

«Издательские решения»

## **Черкасов А. Д.**

Теория и практика обретения здоровья и долголетия.  
Руководство по оздоровлению и предотвращению  
хронических заболеваний / А. Д. Черкасов —  
«Издательские решения»,

**ISBN 978-5-44-835648-3**

В книге даны методы оздоровления на основе научных достижений последних лет и 20-летнего опыта работы школ здоровья. Книга содержит научно-популярные разделы, ориентированные на широкую аудиторию, и строго научный материал для специалистов в области физиологии и медицины. Научный материал был представлен на 15 международных научных конференциях, 6 всероссийских и 3 региональных. Руководство может помочь каждому человеку обрести настоящее здоровье.

**ISBN 978-5-44-835648-3**

© Черкасов А. Д.  
© Издательские решения

## Содержание

Предисловие	7
Введение. Что означает понятие «обретение здоровья»?	8
Часть 1. Феномены здоровья и долголетия	10
Глава 1. Анализ факторов долголетия	10
Экспериментальные пути увеличения продолжительности жизни	12
Глава 2. Здоровье и долголетие достижимы для целого народа	14
2.1. Научные исследования долголетия человека	14
2.2. Единственный в мире совершенно здоровый народ	15
Глава 3. Искусство долголетия	18
3.1. Ключи к долголетию	18
3.2. Эксперименты Хиндхеда	21
Глава 4. Формула здоровья	23
4.1. Первый компонент формулы здоровья	23
4.2. Защитные функции желудочно-кишечного тракта	24
4.3. Защитные функции печени	25
4.4. Защитные функции почек	26
4.5. Защитные функции лимфатической системы	27
4.6. Второй компонент формулы здоровья	29
4.7. Третий компонент формулы здоровья	29
4.8. Формула здоровья	30
Часть 2. Современные научные положения о причинах патологий	31
Глава 5. Причины хронических заболеваний	31
5.1. Анализ кривой выживания и дожития поколения	31
5.2. Причины хронических заболеваний, выделяемые современной медициной	34
5.3. Роль инфекционного фактора в заболеваниях человека	35
5.3.1. Взгляды на роль инфекционного фактора с позиций ортодоксальной медицины	35
5.3.2. Взгляды на роль инфекционного фактора с позиций натуральной гигиены	39
5.3.3. Причины хронических заболеваний, выделяемые натуральной гигиеной	42
5.3.3.1. Краткие сведения о Г. Шелтоне	42
5.3.3.2. «Итис» (по Г. Шелтону)	43
5.3.3.3. Причины токсемии	44
Глава 6. Современный взгляд на причины сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний	46
6.1. Структура питания и заболевания	46
6.2. Неправильное питание – основной фактор смертности от сердечно-сосудистых заболеваний	47
6.3. Питание и продолжительность жизни	49
6.4. Микроэлементы, витамины и незаменимые аминокислоты	51

6.5. Нарушения деятельности автономной нервной системы и нейроэндокринной системы	57
6.6. Роль дистрофических процессов в организме	59
Конец ознакомительного фрагмента.	62

**Теория и практика обретения  
здоровья и долголетия  
Руководство по оздоровлению  
и предотвращению  
хронических заболеваний  
А. Д. Черкасов**

© А. Д. Черкасов, 2016

ISBN 978-5-4483-5648-3

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

## Предисловие

Материал представлен на двух уровнях – научно-популярном и строго научном. В руководстве в доступной форме представлен современный научный взгляд на причины развития хронических заболеваний с позиции натуральной гигиены, дан обзор оздоровительных методик, обсуждаются научно доказанные возможности человека влиять на свое здоровье и долголетие. Значительная часть материала изложена на уровне научной монографии и предназначена для читателей, знакомых с физиологией. Подробно анализируются теоретические основы, клинический и двадцатилетний практический опыт восстановления здоровья в рамках Зеленоградской школы здоровья, через которую прошло более двухсот человек. Это опыт немедикаментозного устранения хронических заболеваний и профилактики онкологических заболеваний.

Пособие базируется на устоявшихся и новейших научных концепциях по данной проблеме. Авторами этих концепций являются всемирно признанные авторитеты в медицине и в оздоровительных практиках. Значительный экспериментальный материал представлен автором, занимающимся в течение двадцати лет научными исследованиями в области здоровья и долголетия. Руководство включает также материалы, представленные в учебных пособиях и научных монографиях таких дисциплин и отраслей науки, как биология человека, медицина, гигиена, психогигиена, физическая культура.

Руководство содержит научно-популярные разделы, рассчитанные на широкую аудиторию, и научные разделы по физиологии, функциональной анатомии, этиологии (причины заболеваний) и патологии, ориентированные на врачей. Научные разделы основаны на последних научных данных, которые можно найти только в научных сборниках и журналах.

По своему содержанию руководство будет полезно студентам, аспирантам и преподавателям, изучающим и преподающим биологию, медицину, физическую культуру, а также научным работникам, сфера интересов которых соприкасается с данными областями науки о человеке.

Руководство будет весьма полезно также специалистам, практикующим в области народной медицины и мануальной терапии.

Авторы надеются, что данное руководство станет необходимым каждому человеку, желающему осознанно и грамотно с научной точки зрения заниматься восстановлением и поддержанием своего здоровья, а также обеспечением своего долголетия.

## **Введение. Что означает понятие «обретение здоровья»?**

Большинство людей совершенно неправильно полагают, что здоровье зависит от наследственности, возраста или любых внешних факторов, не зависящих от человека. При этом мы каждый день желаем друг другу здоровья, подсознательно понимая, что наши пожелания – это всего лишь пожелания, а сами мы беспомощны восстановить своё или чьё-нибудь здоровье, несмотря на советы врачей, обилие литературы и телепередач об этом. Причиной такого подхода является наша неграмотность в вопросах о том, что есть здоровье, каковы причины нездоровья и как устранить или предотвратить потерю здоровья. Данное руководство – это руководство по научно обоснованным методам восстановления здоровья.

Всемирно признанные врачи древности, корифеи эллинской медицины, например, римский врач II века Гален, утверждали, что с точки зрения здоровья все люди делятся на три категории: люди здоровые, люди больные и люди не больные, но и не здоровые.

Характеристика людей здоровых сводится к тому, что ни инфекции, ни неблагоприятные условия жизни, ни переохлаждение не вызывают у этих людей болезни. Таких людей меньшинство. Это люди с совершенным здоровьем. Они не пользуются услугами медицины. Во время эпидемий чумы и холеры эти люди не заболели, хотя подвергались инфекции. Из истории медицины известна история о четырех ворах, которых за их преступления приговорили к принудительным работам во время эпидемии чумы. Они должны были собирать трупы умерших от чумы и вывозить их из города. Естественно, они контактировали и с больными людьми. Во время эпидемии никто из них не заболел и не умер.

Люди больные характеризуются тем, что они остаются больными, несмотря на применяемое к ним лечение. У этих людей может происходить временное улучшение самочувствия или его ухудшение, но они никогда не перестают быть больными. Лекарства таким людям помогают, лишь пока они их принимают. Эти люди постоянно пользуются услугами медицины, но уже не рассчитывают на неё. Таких людей также немного.

Самая значительная часть людей не больны, но здоровья у них нет. Мы будем их называть «люди, не обладающие совершенным здоровьем». Любая инфекция может вызвать заболевание, переохлаждение вызывает простуду, физические и нервные перегрузки вызывают недуги. Лекарственная терапия помогает этим людям вылечиться от текущего заболевания и чувствовать себя здоровыми до следующей встречи с инфекциями или неблагоприятными событиями в жизни. Эти люди боготворят медицину и обоснованно на неё рассчитывают. Со временем они переходят в категорию больных людей.

Мировой опыт оздоровления содержит огромное число случаев исцеления от тяжелых и неизлечимых с точки зрения официальной медицины болезней. Их часто называют чудесными исцелениями. По сути дела, это переход из состояния больного человека в состояние здорового с описанной выше точки зрения. Люди исцеляются, изменив каким-либо способом свою жизнь, например, бросив неприятную прежнюю деятельность и занявшись любимым делом. Люди исцеляются, пересмотрев своё отношение к событиям прошлого или к другим людям. Люди исцеляются с помощью употребления продуктов, составляющих комплекс здорового питания. Таких случаев очень мало, почему исцеляется именно этот человек – непонятно, поэтому эти исцеления называются чудесными. Но при этом ясно, что на уровне физиологических механизмов происходят принципиально важные изменения, которые делают неизлечимого больного образцом здорового человека. Какие-то отключенные ранее механизмы обеспечения здоровья вдруг включаются, и болезнь исчезает сама, как по мановению волшебной палочки.

Это руководство по обретению совершенного здоровья. Оно состоит из четырех частей.

Часть 1. Феномены здоровья и долголетия. В этой части нашего руководства мы будем рассматривать феномен здоровья и долголетия и все внешние факторы, приводящие к потере здоровья.

Часть 2. Современные научные положения о причинах патологий.

В этой части мы дадим научный взгляд на главные внутренние физиологические причины утраты здоровья.

Часть 3. Результаты новейших научных исследований причин развития хронических заболеваний и дистрофических процессов в организме человека.

Результаты наших собственных научных исследований последних двадцати лет о причинах патологий.

Часть 4. Практика восстановления здоровья. В этой части мы дадим научно обоснованные методы восстановления здоровья – методы включения физиологических механизмов поддержания и сохранения здоровья. С помощью этих методов и постоянной работы над своим здоровьем больной или нездоровый человек сможет избавиться от хронических заболеваний и недугов, стать по-настоящему здоровым человеком и значительно продлить свою жизнь.

В нашем руководстве не будет медицинских рецептов. Обретение здоровья – это восстановление нарушенных физиологических механизмов организма человека. Чтобы обрести здоровье, читателю придётся изучить собственную функциональную анатомию, физиологию, патологию, современные представления о физической культуре и современные принципы здорового образа жизни. Смейте Вас уверить, эти принципы будут значительно отличаться от того, что вы знаете о здоровом образе жизни!

Руководство основано на мировом опыте исцелений и двадцатилетнем опыте школы здоровья, через которую прошло более двухсот человек и руководителем которой является автор этого руководства. Мы даём анализ причин заболеваемости наиболее распространёнными хроническими и онкологическими заболеваниями. Этот анализ показывает, что человек, занимающийся своим здоровьем, следующий по пути противодействия хроническим заболеваниям, повышает как качество своей жизни, так и её продолжительность. Главный результат воздействия на человека оздоровительных систем – увеличение продолжительности активной жизни.

За двадцать лет нашей работы мы синтезировали комплексную оздоровительную систему и проверили её эффективность. И эту комплексную оздоровительную систему мы предлагаем вам для борьбы как с хроническими, так и с онкологическими заболеваниями.

Предпринятые нами поиски и исследования показывают, что здоровьем и долголетием можно управлять в значительно большей степени, чем принято думать. Большинство людей руководствуется правилами «Как бог даст», «Как на роду написано» и прочими, а от человека якобы ничего не зависит. Результатом нашей работы стала комплексная оздоровительная система, которая является синтезом, прежде всего, всех известных в мире противораковых систем и направлена на предотвращение хронических и онкологических заболеваний. Известно, что многолетние хронические заболевания и нарушения функций основных физиологических систем организма: пищеварительной, выделительной и эндокринной – являются фактором риска онкологических заболеваний. Онкологические заболевания нам видятся как вершина пирамиды, в основании которой лежат дисфункции и хронические заболевания. Если будет разрушено основание, пирамида никогда не будет построена. Поэтому главный упор нами сделан на борьбу с хроническими заболеваниями.

Не бойтесь окунуться в море знаний о природе человека и будьте здоровы!

## Часть 1. Феномены здоровья и долголетия

### Глава 1. Анализ факторов долголетия

Здоровье и долголетие – это два неразрывных понятия. Средняя оценка продолжительности жизни составляет в развитых странах 70 лет, что на 25 лет меньше статистически максимальной продолжительности жизни, составляющей 95 лет. Эта разница является результатом нездоровья большинства людей. 25 лет жизни в среднем у каждого из нас отнимают хронические и онкологические заболевания. Интервью с двадцатью долгожителями США, чей возраст перевалил за 100 лет, показанное по каналу Суперканал, лишний раз подтвердило очевидную закономерность – большинство из долгожителей не страдало никакими серьёзными хроническими заболеваниями и вело активный образ жизни. Мировой опыт оздоровительных систем подтверждает, что движение к нашему здоровью – это движение и к нашему долголетию.

В 2002 году завершился эксперимент по управлению долголетием, поставленный на себе известным хирургом и пропагандистом здорового образа жизни академиком Н. Амосовым. Он умер в 88 лет. С учетом средней продолжительности жизни, равной 70 годам, это большой успех. Но по словам общавшихся с ним людей, он считал свой эксперимент неудавшимся – «природу обмануть не удалось». Героические усилия Амосова не привели к желаемому результату – достичь столетия не удалось, который на Востоке считается достижимым для каждого. Давайте зададимся вопросом, сколько способен прожить человек по своей генетической программе, заданной нам природой и являющейся общей для каждого представителя человека как вида?

История доносит до нас сведения об истинных рекордсменах долголетия. Профессор И. И. Мечников в книге «Этюды оптимизма» приводит следующие данные:

В 1888 г. в Ржижманице, в Моравии, умерла 123-летняя женщина Анна Борак. За 10 лет перед этим умер её муж 118 лет.

В 1896 г. в Константинополе жил некто Кристаки, бывший военный врач, ему было 110 лет, а его жене 95 лет.

В 1866 г., на расстоянии двух дней, умерли супруги Галло. Мужу было 105 лет и 4 месяца, а жене 105 лет и месяц.

Катерина Реймон, умерла в 1758 г. в возрасте 107 лет.

Хирург Политиман умер в возрасте 140 лет (1685 – 1825).

Мясник в Трие (высоких Пиренеях), умер в 1767 г. в возрасте 120 лет.

В Норвегии некий Дракенберг прожил 146 лет.

Фома Парр умер в Лондоне в возрасте 152 лет и 9 месяцев. Этот пример один из наиболее достоверных. Вскрытие Парра, произведённое знаменитым врачом Гарвеем, «не обнаружило никаких органических повреждений». Он скончался после пира в королевском дворце, куда был приглашён как старейший житель Англии.

В 1670 году в Йоркшире (Англия) умер Дж. Дженкинс в возрасте 169 лет.

Жозеф Соррингтон умер в Норвегии в возрасте 160 лет, оставив после себя молодую вдову и много детей: старшему сыну было 103 года, а младшему – 9 лет.

Ролстин приводит историю венгра по имени Жан Ровель, который, если и не занял первое место по долголетию, несомненно, держит первенство по продолжительности супружеской жизни: он прожил со своей женой Саррой в брачном союзе 147 лет. Умер Ровель в возрасте 172 года, когда его жене было 164.

Перечисленные выше примеры вполне укладываются в кривую выживаемости как редко встречающиеся случаи долголетия.

В той же книге приводятся сведения об исторических личностях, возраст которых более чем вдвое превышает среднюю продолжительность жизни.

Вот сведения, по которым крайний человеческий возраст может достигать 185 лет. В 1724 году в Венгрии умер Ксартен в сказочном возрасте 185 лет! Сыну его было в это время 95.

Основатель аббатства в Глазго – Кэнтигерна, известный под именем святого Мунго, умер 5 января 600 года в возрасте 185 лет. Другим примером необычайного долголетия служит венгерский земледелец Петр Зортай, родившийся в 1539 г. и умерший в 1724 г, т.е. проживший 185 лет.

Все перечисленные случаи мы относим к эффектам случайного долголетия, являющегося следствием непонятого нам ещё правильного образа жизни, с точки зрения долголетия. В то же время эти случаи не являются примерами сознательного управления продолжительностью жизни – применения различных оздоровительных практик с последующим контролем их эффективности и их коррекции.

Имеется другая группа лиц, которые превратили себя в объекты по исследованию управляемого долголетия. Вот краткий перечень людей, которые ставили эксперименты на себе. Американский врач Н. Уокер, чьи методы очищения организма сегодня пропагандируются Малаховым, Семеновым и многими другими специалистами по здоровью, дожил до возраста 106 лет. Известный многим специалист по голоданию Поль Брэгг в 95-летнем возрасте трагически погиб под волной, катаясь на виндсёрфинге, вместо того чтобы по заключению врачей умереть ещё в возрасте 18 лет от тяжелейшего туберкулёза. Джон Озава – японский врач-натуропат, автор макробиотики (науки о долгой жизни) – трагически погиб в 86. Кацудзо Ниши, автор противораковой системы, также трагически погиб в 84. Оба они в детстве были серьёзно больны и по заключению врачей не должны были дожить до взрослого возраста.

Другим исследователем возможностей человека был миллионер Дж. Рокфеллер (1839 – 1937). Он поставил себе цель – дожить до 100 лет. Успехов самой передовой медицинской мысли и его собственных усилий хватило на 98. Но и это уже очень большой прогресс.

Из приведённых сведений не понятно, до какой степени можно продлить свою жизнь активными усилиями, однако совершенно понятно, что разработанные этими людьми оздоровительные системы позволяют обрести настоящее здоровье, несмотря на имевшиеся у них в молодом возрасте тяжелые болезни.

Мало кто знает, что на Востоке существуют специальные методы продления жизни, позволяющие достигать возраста более 200 лет. Вот какие истории до нас доходят с Востока. Ли Цинъюнь благодаря занятиям китайским цигун («искусством самоисцеления от хронических заболеваний и продления жизни»), фитотерапии и использованию фитостимуляторов дожил до возраста 252 лет (рис. 1). История его жизни досконально исследована и с точки зрения историков не вызывает сомнений, несмотря на всю свою невероятность. В 150 лет он получил грамоту от императорского правительства Китая, подтверждающую его возраст. На его двухсотлетний юбилей собралось более двухсот его живых потомков. Этот возраст также был ознаменован грамотой от императорского правительства Китая. Он умер в 1932 году, и о нём писали во всей авторитетной прессе. Ли Цинъюнь был целителем, фитотерапевтом и специалистом по китайскому лечебному цигун.



Рис. 1. Ли Цинъюнь – 250-летний долгожитель.

## **Экспериментальные пути увеличения продолжительности жизни**

Эксперименты по увеличению продолжительности жизни (ПЖ) на лабораторных животных путём изменения системы питания – снижения числа калорий, очищения организма с помощью сорбентов и антиоксидантов – показывают возможность увеличения средней продолжительности жизни (СПЖ) в 2 раза, а максимальной продолжительности жизни (МПЖ) – на 60% (Фролькис В. В. и др., 1988).

Калорийно ограниченная диета (КО). Так, по данным Росса (Ross, 1959), при снижении калорийности диеты на 40% СПЖ крыс увеличивалась на 14%, а при ограничении на 60% рост СПЖ составлял 27%.

Довольно неожиданными оказались результаты опытов с КО-диетами в несколько иной постановке опытов: снижение калорийности на первой половине и неограниченное питание во второй половине жизни. Так, в опытах Стухликовой и соавторов (Stuchlikova et al., 1975) мыши, крысы и хомячки в подопытных группах пережили своих контрольных сородичей на 39, 61 и 50%.

Белково ограниченная диета. Снижение доли белка в пище до 4% увеличивает ПЖ на 24% (Leto et al., 1976).

Влияние биологически активных веществ (БАВ). Ежедневное введение БАВ в течение 20 месяцев приводило к увеличению СПЖ до 25% без существенного изменения МПЖ (Дильман и др., 1979).

Стресс. Ежедневные разнообразные и умеренные стрессорные воздействия приводили к увеличению СПЖ на 18%, а МПЖ – на 11% (Фролькис и др., 1976).

Влияние витамина С. Добавление витамина С в питьевую воду (1%) приводило к увеличению СПЖ на 20%, но МПЖ при этом увеличивалась только на 3% (Massie et al., 1984).

Комплексы витаминов. Комплекс из 13 витаминов (А, В, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, Д, Е, РР, инозит, холин, пантотеновая, парааминобензойная и фолиевая кислоты) приводил к увеличению СПЖ на 17%.

Антиоксиданты (АО). При испытании АО на короткоживущих и предрасположенных к различным патологиям линиях животных наблюдалось значительное увеличение ПЖ. Рост СПЖ достигал 30 и 38 процентов, а МПЖ – 11 и 14 процентов.

Влияние энтеросорбентов. Курсовое (10 суток с интервалом 1 месяц) добавление к рациону углеродного сорбента СК. Н приводило к увеличению СПЖ и МПЖ двадцатимесячных крыс на 43,4% и 34,4% соответственно.

Эксперименты по увеличению продолжительности жизни на животных путём изменения системы питания – снижения числа калорий, очищения организма с помощью сорбентов и антиоксидантов – показывают возможность увеличения средней продолжительности жизни (СПЖ) в 2 раза, а максимальной продолжительности жизни (МПЖ) – на 60% (Фролькис В. В. и др., 1988). Для человека это означало бы, что СПЖ достигла бы 140 лет, а МПЖ – 152 лет. Невероятные цифры, особенно, если учесть опыт современных экспериментаторов на себе и их добровольных последователей. Казалось бы, такие люди, как Амосов, должны были побить все рекорды долголетия. Однако, похоже, существуют реальные физиологические факторы, сокращающие продолжительность жизни человека. Но эти факторы не являются генетическими! Генетическая программа, определяющая МПЖ, с нашей точки зрения, должна быть одной единственной для всего человечества! Она не зависит ни от расы, ни от географического места обитания. Эта программа могла быть изменена, но в сторону сокращения продолжительности жизни за счёт ухудшения здоровья, что мы наблюдаем на практике. Мы думаем, что искать причины снижения продолжительности жизни нужно в чисто физиологической сфере организма человека. Мало кто в настоящее время достигает естественной старости и умирает от старческой немощи. Все умирают от болезней или преждевременного патологического старения. Мы считаем, что главным направлением современных научных исследований должно стать выяснение причин хронических заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни.

## Глава 2. Здоровье и долголетие достижимы для целого народа

### 2.1. Научные исследования долголетия человека

Что значит «старость», не только в смысле количества прожитых лет, но и в качественном отношении? Мы имеем в виду способность наслаждаться жизнью, вкушать её бесценные блага до последних дней жизни. Ответ на этот вопрос дают нам биографии долгожителей, изученные такими известными авторитетами, как Легрен, Хофланд, Ролстин, Богомолец и другими авторами научных трудов о проблемах здоровья и питания.

Рассмотрим лишь несколько случаев, которые могут служить примером полноценной жизни до самого конца. А читатели пусть выберут для себя подходящий образец для подражания.

Украинский ученый, академик Богомолец рассказывает о столетних старцах и людях, перешагнувших через этот рубеж, которых он знал лично. Один из них, житель Кавказа, был известен ещё и тем, что его посетил знаменитый французский писатель Анри Барбюс и написал о нем. Шаповский (так звали этого жителя Кавказа) жил недалеко от Сухуми и утверждал, что ему 140 лет. Барбюса поразили хороший вид этого старика, его подвижность, живость взгляда. Его третьей жене было тогда 82 года, а младшей дочери – 26. Это значит, что, когда его жене было 56 лет, а ему 114, они еще были способны производить потомство. Возможность мужчины оплодотворять в этом возрасте не подлежит сомнению.

Академик Богомолец приводит много случаев долголетия в СССР и среди них называет женщину по имени Маризана Маляревич, которая в 1927 году прошла пешком более 25 километров, чтобы попасть в списки всенародной переписи, которая тогда проводилась в стране. Она родилась в 1796 году, и, следовательно, ей было в ту пору более 130 лет.

Богомолец приводит также случаи достижения советскими гражданами 136, 130, 123 и 110 лет. Самому старому человеку из названных им было 152 года, но он уже был слеп и глух. Другие долгожители, напротив, читали без очков.

Большая часть долгожителей, о которых пишет Богомолец, жили на Кавказе или в азиатских республиках. В числе «самых старых» упоминается Чулава, 150 лет, который ко времени опубликования исследования еще читал местную сухумскую газету. Когда институт клинической физиологии СССР послал в этот город на берегу Черного моря научную экспедицию для изучения местных условий, исследователи в первые 6 дней встретили не менее дюжины крестьян в возрасте от 117 до 135 лет, среди которых некоторые поражали своим отменным физическим состоянием. Они ещё трудились в своих садах и виноградниках.

Российско-американская экспедиция в Абхазию по изучению феномена долгожительства, состоявшаяся в 1976 году, несколько «понижила потолок» долгожительства, выяснив, что большинство долголетних старцев прибавляло к своему возрасту 20 лет для приобретения ещё большего авторитета. В результате статистического анализа выяснилось, что 140-летние старцы оказались всего-навсего 120-летними, но зато этот феномен носит массовый характер. Большинство столетних старцев отличается здоровьем и крепким телосложением.

Тут мы подходим к положению, которое хотим проиллюстрировать примерами: человек может прожить гораздо дольше, чем это принято считать.

Нам всем хочется жить долго и быть здоровыми, но как это сделать? Существует ли феномен массового здоровья, когда не один человек из тысячи доживает до ста лет и сохраняет при этом здоровье? Такой феномен тоже существует. Имеется целый народ, обхо-

дящийся без медицины и имеющий среднюю продолжительность жизни, превышающую по уровню все прочие страны. Этот народ называется хунзы.

## 2.2. Единственный в мире совершенно здоровый народ

(Этот раздел содержит выдержки из книги израильского врача Горена «Дорога в долголетие».)

И все же есть на свете такой народ, правда, малочисленный (всего 15 000 человек), о котором можно сказать, что ему совершенно неизвестны болезни. Это – хунзы].

Среди исследователей, открывших этот народ, находился молодой талантливый военный врач Мак-Карисон. Он 14 лет прослужил в окрестностях северной границы Кашмира (в ту пору – Британская Индия), в районе Гилгута. Британские власти возложили на него обязанность бороться в этом районе с болезнями. Впоследствии вице-король Индии назначил Мак-Карисона своим личным придворным врачом.

Выполняя свои служебные обязанности, во время своих скитаний по этим местам Мак-Карисон однажды столкнулся с народом хунза. С первого же взгляда его привлекли их красивое, стройное телосложение и высокая работоспособность. Среди хунзов все были здоровы, если не считать нескольких переломов костей и воспаления глаз.

Результатом активной медицинской деятельности Мак-Карисона в этих отдаленных районах явились научные исследования, привлечшие пристальное внимание его британских коллег, а затем и широкой общественности. В одном из своих первых исследований Мак-Карисон решил проверить влияние витаминов (незадолго до этого открытых учеными) на базедову болезнь (расстройства в работе щитовидной железы). Ему надо было ставить опыты на людях. Но если в больных «подопытных» людях недостатка не было, то где было взять совершенно здоровых людей для контрольной группы? И тут он вспомнил о хунзах. Практически все они были здоровы.

Хунзы – это довольно примитивный и очень бедный народ. Ни один западный человек и помыслить не может о том, чтобы вести жизнь, подобную той, какую ведут хунзы, даже ценой обретения счастья и полного здоровья. Живут они в гористой местности, почти полностью лишенной плодородной почвы. Лесов там нет, и каждый клочок земли находится под плодовыми деревьями. Лугов тоже нет, поэтому каждая пядь земли отводится под овощи и картошку. Обрабатываемые земли испытывают нехватку воды: дожди там очень слабые, и те идут только в течение трех-четырех зимних месяцев, когда температура падает до нуля и ниже. И снегов там очень мало. Поэтому вода там на вес золота, её собирают, дорожат каждой каплей и пользуются системой каналов, по которым вода доставляется издалека.

Коровы там чуть больше сенбернаров, тощие козы и овцы пасутся на горных склонах, покрытых камнями. В таких условиях животные дают очень мало молока очень низкой жирности. Корова дает менее двух литров молока в день, и то лишь сразу после отела. Овцы и вовсе не дают молока, козы – самую малость. Мясо этих животных жилистое и совершенно обезжиренное.

И люди едва спасаются от голода, особенно в зимние месяцы. Зимой они укрываются в своих крохотных каменных домах. В них нет окон (чтоб не напускать лишнего холода) и всего одно отверстие, которое служит дымоходом. Оно же обеспечивает вентиляцию воздуха. Никакой мебели, семья живет вместе: спят, едят и зачинают потомство на каменных скамьях, высеченных вдоль стен. Домашний скот «расквартирован» в прихожих.

Нет достаточного количества продуктов питания и растительного происхождения. В зимние месяцы люди ведут вегетарианский образ жизни, питаются скудными запасами злаков (прямо в зернах) и сушеными абрикосами, и когда наступает весна, люди переходят на подножный корм, собирают травы и овощи, пока не наступает пора сбора первого урожая.

В течение восьми-десяти теплых месяцев хунзы живут на открытом воздухе. Спят, работают, развлекаются, женятся, рожают детей и умирают вне дома. Вся семья, включая сыновей, их жен, внуков и правнуков, живет вместе.

Без воды, без мыла, а в холодное время года – в непроветриваемом помещении. Подобная картина способна лишь отпугнуть современного человека, столь приверженного гигиене.

И тем не менее, вопреки всему, все представители этого народа обладают завидным здоровьем. Более того: согласно достоверным научным исследованиям, это единственный здоровый и счастливый народ во всем мире, тогда как его соседи, живущие в плодородных долинах и в гораздо более благоприятных условиях, располагающие изобилием продуктов питания, не обладают ни здоровьем, ни счастьем. Причина такого здоровья и счастья у хунзов, согласно мнению ученых, посетивших этот народ и изучавших его жизнь и быт, кроется в характере питания.

Согласно нашей классификации, это питание является полноценным, натуральным и без вредных примесей. Они питаются скудно, но, можно сказать, правильно. В их пище мало калорий, но она полностью соответствует физиологическим требованиям человеческого организма.

Для отличного здоровья важны два аспекта: есть нужно немного, лишь в соответствии с истинными нуждами тела, но пища должна быть полноценной, доброкачественной и легко усвояемой.

Первый врач, который обследовал хунзов, Роберт Мак-Карисон, интересовался, прежде всего, тем, что мы называем проявлением здоровья, то есть отсутствием заболеваний, которые бытуют в соседних племенах Кашмира и Малого Тибета. Он был удивлен, что не встретил среди этого народа ни инфекционных или ревматических болезней, ни порченных зубов, ни душевных заболеваний. Встретились ему лишь единичные случаи воспаления глаз, вызванного, возможно, темнотой и сыростью, которые царят зимой в их домах.

Наибольший интерес у ученого вызвал тот факт, что не обнаружилось ни одного из тех заболеваний, которые в преклонном возрасте принимаются современной медициной за «норму». В отличном состоянии зубы, глаза; даже дальновзоркость, которая начинает развиваться у цивилизованных народов лет с сорока пяти – и та не встречалась. Так же обстояло дело и с сердечными заболеваниями, и со склерозом, который наша цивилизация объявила «нормальным и неизбежным» явлением в старости.

Но несмотря на огромную важность того факта, что не было ни одного из нарушений, классифицируемых как норма в преклонном возрасте, этот факт вызвал у Мак-Карисона меньший интерес, чем следовало ожидать. Отмечая их отменное здоровье, он особенно подробно остановился на следующих трех аспектах:

1. Высокая трудоспособность в широком смысле слова: и во время работы, и во время плясок, и во время игр. Это качество сразу бросается всем в глаза. Для хунза пройти сто-двести километров – все равно, что для нас совершить короткую прогулку возле дома. Они легко взбираются на крутые горы, чтобы передать кому-то письмо и возвращаются домой свежие и веселые.

2. Жизнерадостность. Хунзы постоянно смеются, они всегда в хорошем расположении духа, даже тогда, когда голодны и страдают от холода.

3. Низкий уровень стрессов. Они никогда не сердятся и не жалуются, не нервничают и не выказывают нетерпения, не ссорятся между собой и с полным душевным спокойствием переносят физическую боль, неприятности, шум и т. п.

Идеальное по нашим представлениям состояние человека, но неужели для достижения этого состояния необходимо жить в невыносимых с нашей точки зрения условиях? Мы предлагаем более приемлемый вариант здоровой и счастливой жизни и надеемся, что он

вам подойдёт. Но сначала мы должны совместно проделать некоторый анализ и отыскать все необходимые для этой жизни ключи. Хунзы дают нам некоторые из них, но мы должны доказать, что это именно ключи, а не пожелания быть здоровым несмотря ни на что. Под ключами мы понимаем реальные методы предотвращения вреда, наносимого нашему здоровью реальными вредоносными факторами, независимо от мест обитания, от условий жизни или верований. Исключением является только наше мировоззрение и некоторые философские взгляды. Если мы с вами не будем исповедовать философию правильного образа жизни, философию созидания без разрушения, философию, основанную на истинных жизненных ценностях, то у нас вряд ли получится то, что нам необходимо для достижения здоровья и долголетия.

Под истинными жизненными ценностями мы понимаем следующее: здоровье прежде материального благополучия, сотрудничество и взаимопомощь вместо конкуренции, индивидуальное расширение сознания, образование и личностное развитие вместо праздного образа жизни, физический труд вместо сидения перед компьютером или телевизором. Знания о хунзах нам дают один очень весомый ключ к нашему здоровью. Они нам дают знание возможности обретения здоровья!

## Глава 3. Искусство долголетия

### 3.1. Ключи к долголетию

Знакомясь с исследованиями феноменов долголетия, мы поняли, что здоровьем и долголетием можно управлять. Это своего рода искусство, для овладения которым имеются ключи.

Ключ первый: знание возможности достижения долголетия каждым человеком.

Ключ второй: «Хочешь долго жить и быть здоровым – не ешь много». Израильский врач, знаток натуральной терапии Горен в своей книге «Путь здоровья и долголетия» даёт ряд ключей для здоровья и долголетия, а также приводит ряд примеров, подтверждающих их значимость. Однажды он познакомился с современником Наполеона.

Это был седобородый старец с густыми седыми бровями, прикрывавшими очень живые синие глаза, в которых светился ум. Худой и слабый, он сидел очень прямо, скрестив руки на трости. Когда говорил, были видны его собственные зубы, стертые, пожелтевшие, но свои. Ему шёл сто тридцать шестой год.

На вопрос, как ему удалось дожить до такого возраста, он ответил, что есть нечто не менее важное, чем еда, это пост. Два раза в неделю, по понедельникам и четвергам, он соблюдал пост. В остальные дни он ел черный хлеб, мамалыгу или пшеничную кашу, квашеную капусту, редьку, лук, чеснок, сыр, летом – дыни, виноград, разные фрукты, простоквашу. Иногда – фасолевый суп. Мясо и рыбу он ел только по субботам и праздникам.

Третий ключ: комплексное употребление растительных белков, витаминов и микроэлементов.

Вспомним снова хунзов, здоровых и счастливых, и обнаружим, что питание стариков—долгожителей во многом совпадает с питанием хунзов.

Хунзы редко едят мясо и пьют очень мало молока. Они получают белки главным образом из пшеницы и ячменя (съедая зерна этих злаков целиком), из хлеба, приготовленного из тех же злаков, всегда с примесью отрубей. Эти зерна и их шелуха содержат белки, витамин В1, кальций и минеральные соли. Индусы же едят мало хлеба или совсем его не едят, основной элемент их питания – рис, который они употребляют в пищу очищенным. Рис содержит очень мало белков, а полезные минеральные соли и витамины группы В имеются только в шелухе риса. Хунзы едят много картофеля – тоже с шелухой, которая содержит белки и ценные минеральные соли. Индусы этого не едят. И те, и другие едят фасоль, которая богата белками, но для хунзов фасоль – один из продуктов, богатых протеином, а для индусов – единственный продукт в их рационе, содержащий белки. Но оказывается, что различные бобовые (фасоль, чечевица, горох), из которых человек получает белки, достаточны лишь в том случае, если он их потребляет в полном спектре. Если же один из видов бобовых выпадает из рациона, организм оказывается лишенным некоторых белков, важных для здоровья.

Следует добавить, что и в отношении витаминов питание хунзов и индусов тоже существенно отличается. Последние едят меньше фруктов, чем хунзы, и почти исключительно бананы, которые очень калорийны, но бедны минеральными солями и содержат скудное количество витаминов. Для хунзов фрукты – будь то свежие или сухие – главный элемент питания. Даже хлеб занимает более скромное место в их скудном рационе, чем разные виды абрикосов, которые они едят целиком, включая кожицу, косточки и капельки масла, которые содержатся в косточках. Кроме того, хунзы едят любую зелень, которую в состоянии добыть,

включая траву. Индусы, напротив, едят очень мало зелени, особенно те, что живут в больших городах.

Все эти существенные различия в рационе и определяют разный уровень здоровья тех и других.

Следует высказать еще одно соображение, чтобы дополнить урок, который можно извлечь из примера здоровых и счастливых хунзов. Мы не раз повторяли, что эти жители очень бедны, мало едят, в зимние месяцы почти голодают и все же вполне здоровы. Именно путем диеты и почти голодания в течение довольно длительного периода можно избежать многих заболеваний.

Ключ четвертый: хорошее состояние толстого кишечника.

Под хорошим состоянием кишечника мы в первую очередь понимаем отсутствие как явных, так и скрытых запоров. Во вторую очередь мы понимаем хорошую работу желудка, т. е. хорошую секрецию желудочного сока и хорошую запираемость клапана между желудком и двенадцатиперстной кишкой. В третью очередь мы понимаем отсутствие воспалительных процессов в слизистой оболочке тонкого кишечника (энтероколита) и толстого кишечника (колита). Профессор И. И. Мечников, лауреат Нобелевской премии, посвятивший много времени исследованию феномена долголетия, приводит в своей книге «Этюды оптимизма» (Мечников И. И., 1988) следующие истории:

«Правильное отправление кишок, усиленное изредка употреблением легких слабительных, должно уменьшать действие кишечных ядов и, следовательно, предохранять благородные элементы организма от отравления ими». И. И. Мечников приводил пример госпожи Робино, достигшей 106-летнего возраста. Родственники на обстоятельство, способствовавшее продлению жизни этой дамы. Они сообщили, что их старая родственница своим долголетием и здоровьем обязана склонности к расстройству кишечного канала, которое длится у неё более 50 лет. Не страдая поносами в тесном смысле слова, ей часто приходилось опорожнять свой кишечник. Замечательно, что у этой старой женщины при выслушивании не было никаких признаков атеросклероза. Как противоположность, Мечников привёл пример одного из своих старых товарищей, кишечник которого опорожнялся только раз в неделю. Если это случалось чаще, то это для него служило верным признаком болезни. И что же? У него развился очень сильный атеросклероз. Он умер, едва достигнув 50 лет. Этот факт, наряду со многими другими, указывает на тесную связь между атеросклерозом и состоянием пищеварительного тракта. Именно этот человек стал прототипом героя повести Л. Н. Толстого «Смерть Ивана Ильича».

Ключ пятый: наследие в традициях питания и образа жизни.

Мы снова цитируем И. И. Мечникова:

«Уже в XVIII веке Галлер обратил внимание на то, что столетнего возраста часто достигают члены одной и той же семьи, что подало повод считать долговечность наследственной».

Действительно, из жизнеописания стариков видно, что потомки людей, достигших 100 лет, живут очень долго.

Так, например, сын выше упомянутого Фомы Парра дожил до 127 лет и в 1761 году умер в Мишелстауне, вполне сохранив до конца умственные способности. Список Шемэна, на которого ссылался Мечников, указывает 18 примеров крайней старости в одних и тех же семьях. Мы не имеем никакого повода отрицать наследственность в этих случаях, потому что вообще самые различные прирожденные признаки передаются этим путем.

Но не следует упускать из виду и роли внешних условий, общих при совместной жизни родителей и детей. Часто супруги, несмотря на отсутствие кровного родства, оба одинаково достигают очень преклонного возраста. В сочинении Шемэна Мечников насчитал 22 таких случая.

При настоящем положении наших знаний невозможно достаточно глубоко проникнуть в причины долговечности человека; совершенно естественно, однако, искать их в том же направлении, как и причины долговечности животных. Мечников заметил, что долговечность носит местный характер, что она часто обнаруживается у супругов, не имеющих ничего общего, кроме образа жизни. Это дает нам право искать причины, влияющие на долговечность, в кишечной флоре и в способах борьбы с нею самого организма.

Ключ шестой: дружественная микрофлора кишечника.

Микрофлоре кишечника И. И. Мечников уделял особое внимание, так как она вносит значительный вклад в интоксикацию организма. По оценкам ряда микробиологов, в общей сложности в кишечнике человека обнаружено до 400 видов бактерий: полезные, условно патогенные и патогенные. Дружественными нам являются только бифидобактерии и лактобактерии. Все прочие, потребляя за нас наши продукты, возвращают нам яды вместо полезного для нас комплекса аминокислот и витаминов. Все хорошо знают, что такое кишечное отравление. Но мы, как правило, не знаем, что мы постоянно находимся в состоянии слабого хронического отравления, одна из причин которого – патогенная или недружественная микрофлора. И вот вам ключ. Советско-американская экспедиция по исследованию абхазских долгожителей установила, что в кишечнике долгожителей состав микрофлоры отличается от всех прочих увеличенным содержанием лактобактерий (до 50%, против концентрации менее 4% у нормального здорового человека) и бифидобактерий. Долгожители Абхазии регулярно потребляют мацони – кисломолочный продукт на основе кисломолочных бактерий.

И. И. Мечников писал, что болгарин Григоров, бывший женеvский студент, был удивлен большим количеством столетних стариков в той части Болгарии, где кислое молоко, яурт (йогурт), составляет главную пищу. Многие из столетних стариков, сведения о которых собраны в записках Шемэна, питались главным образом молоком.

Шомен исследовал взаимосвязь питания и долголетия. Вот несколько примеров. Мари Приу из Высшей Гаронны умерла в 1838 году в возрасте 158 лет, прекрасно сохранившись. Последние 10 лет она питалась только сыром и козьим молоком. Земледелец из Вердена Амбруаз Жантэ, умерший в 1751 г. в возрасте 111 лет, ел только ячменный хлеб без закваски и не пил ничего, кроме воды или молочной сыворотки. Госпожа Николь Марк, умершая в возрасте 110 лет в замке Колаамберг (Па-де-Кале), питалась только хлебом и молочной пищей. В газете «Тифлисский листок» от 8 октября 1904 г. было сообщалось, что в деревне Сба, Горийского уезда, проживает старая женщина, осетинка Тенсе Абалва, возраст которой исчисляются приблизительно в 180 лет. Эта женщина ещё достаточно бодра и способна заниматься хозяйством и шитьем. Походка её довольно уверенная, хотя сама она сгорблена. Тенсе никогда не употребляла спиртных напитков. Она вставала рано, и главная её пища состояла из ржаного хлеба и маслянки, полученной при сбивании сливок. Маслянка же очень богата молочнокислыми микробами.

Интересно, что стотрехлетний ткач, описанный доктором Мейером, имел только одну страсть к еде – он очень много ел кислой капусты, вареной, но еще более сырой. Известно, что последняя (квашеная) включает множество живых молочнокислых бактерий, похожих на болгарского микроба.

Кислое молоко и другие молочные продукты, о которых упоминается в вышеприведенных фактах, обязаны своими полезными свойствами деятельности молочнокислых микробов, которые производят молочную кислоту.

Нам было очень интересно отметить, что употребление кисломолочных продуктов у долгожителей часто совмещено с употреблением кислой капусты. Капуста во всех видах, особенно кислая, способствует нормализации микрофлоры кишечника, так как содержит вещество, токсичное для многих видов гнилостных бактерий, но поддерживает бифидо-

и лактобактерии. Вывод – капусту надо есть, особенно квашеную, и к тому же свежеприготовленную.

Ключ седьмой: ограничение в животных белках и жирах, а также в белом хлебе и сахаре. Важно также избегать продуктов, наносящих вред здоровью – колбас, копченостей и прочих мясных деликатесов.

Научная дискуссия о роли белков длится более двух столетий, и конца ей пока не предвидится. Мы даже не будем пробовать перечислять то множество диет, которое ходит в мире, однако по некоторым лечебным диетам мы пройдемся. Что касается нашей школы здоровья, то у нас есть свой опыт благодаря тому, что в нашем большом коллективе перебивали сторонники всех видов диет и экспериментаторы, которые на себе проверили действие различных диет. Здесь мы остановимся только на ключевых моментах. Белков животного происхождения в пище должно быть мало, но они должны содержать все необходимые нам так называемые незаменимые аминокислоты – компоненты животных белков, которые мы сами не в состоянии синтезировать. Это 12 так называемых незаменимых аминокислот. Но избыточное употребление животных белков приводит к интоксикации организма.

Вот некоторые подтверждения.

### 3.2. Эксперименты Хиндхеда

Датский врач Хиндхед провел очень интересное исследование на себе, на членах своей семьи, на студентах и на рабочих и пришел к выводу, что можно очень долго жить на диете, крайне бедной белками.

Во время первой мировой войны доктор Хиндхед был назначен датским правительством ответственным за питание четырехмиллионного населения своей страны в последние годы войны, когда Дания была блокирована союзниками. Таким образом, он получил возможность проверить свою теорию на целом народе, и результаты проверки были блестящими. За один год Дания вышла на первое место по здоровью населения среди стран западной Европы. Будучи врачом, он усиленно интересовался социальными проблемами. Его целью было научить рабочих своей страны сохранять здоровье и силы при минимальных материальных затратах.

Датское правительство заинтересовалось его экспериментами (возможно, из экономических соображений, учитывая их большое значение для неимущих слоев страны). Хиндхед был назначен руководителем научной лаборатории на государственном жаловании. Он оставил свою медицинскую практику и занялся экспериментами. Объектом его исследований стали рабочие, у которых были различные типы диет, включая и такие, в которых отсутствовали жиры, мясо и рыба.

Хиндхед показал, что наш организм переваривает отруби пшеницы и ржи не хуже домашних животных и что человек может питаться растительным маслом вместо животного жира – факты, которые и сегодня игнорируются многими медиками. Он также показал, что необходимое количество протеинов организм может получить исключительно из картофеля (старого) и из той воды, в которой он варился. Её не следует выливать, а надо употреблять в пищу.

Читателю нетрудно представить себе отношение к этим экспериментам со стороны представителей официальной медицины. Были ссылки на то, что опыты проводились в течение «слишком короткого времени», что «несколько месяцев» – срок, недостаточный для серьезных выводов и т. п. Но совершенно очевидно, что десятилетний период, в течение которого семья исследователя и его сотрудники жили на такой диете, вполне достаточен.

Однако решающий опыт был проведен несколько позже. В феврале 1917 года, когда союзные силы полностью блокировали Данию, эта маленькая страна очутилась перед угро-

зой голода. Датское правительство поручило тогда доктору Хиндхеду и ещё семи специалистам выработать план спасения страны от голода.

Сельскохозяйственная проблема в Дании стояла ещё острее, чем в Германии, где голод, как известно, свирепствовал целых 18 месяцев. Дания экспортировала два продукта, славившихся своим качеством: масло и шпик. Но её коровы, свиньи, а также население потребляли полтора миллиона тонн кукурузы и разных злаков, ввозимых из Соединенных Штатов и России. В 1917 году Дания производила не более 0,8 миллиона тонн этих продуктов, т. е. намного меньше годового потребления.

Та же проблема стояла и в Германии. Там правительство решило давать населению и солдатам минимальное количество протеинов. Хиндхед по этому поводу сказал так:

«Суть проблемы сводится к следующему: либо человек, либо боров. И того, и другого одновременно накормить нельзя. В Германии решили оставить жизнь боровам и предать голоду людей. В Дании мы сделали наоборот: уменьшили поголовье до 20%, а ячмень и картофель отдали людям. Добавили отруби в черный хлеб. Наш опыт показал, что можно добавить 30% пшеничных отрубей в ржаной хлеб, и он не утратит свой вкус».

В Дании запретили употреблять картофель или рожь для производства алкоголя. Уменьшили вдвое производство пива. Из-за блокады невозможно ввозить ни чай, ни кофе. Производство масла намного уменьшилось из-за высоких цен, которые мы установили на свежее молоко, потребление которого несколько снизилось. Свиньи и боровы были зарезаны, и шпик пошел на экспорт».

«Несчастный народ», – подумает читатель. Ни кофе, ни чаю, ни виски, ни пива. Без окороков, лишь немного говядины. Без белого хлеба, хлеб только ржаной, да ещё с отрубями. Без масла, лишь немного других жиров. Но каковы же были результаты?

Они оказались следующими: в 1917 году в Дании смертность снизилась на 17% по сравнению с 1913 годом, который был отмечен как год самой низкой смертности. Таких показателей не знали ни Соединенные Штаты, ни Европа. За один год заболеваемость раком сократилась на 60%, а смертность от рака – на 40%.

Но ни в Европе, ни в Америке не извлекли из этих фактов должного урока.

## Глава 4. Формула здоровья

### 4.1. Первый компонент формулы здоровья

В предыдущих главах мы задали себе вопрос: «Что такое здоровье?» Здесь мы должны сформулировать тезисы, определяющие компоненты здоровья. Итак, компонент первый – отсутствие токсемии, накопления при хронической интоксикации продуктов питания и собственных метаболитов. Поток токсинов, поступающих в кровь или образующихся в организме, мы будем называть аутоинтоксикацией. Она складывается из многих составляющих:

Вредные компоненты пищи, которые либо токсичны сами по себе – как яды (консерванты, нитраты, вкусовые добавки, красители), как искусственные плохо усвояемые продукты (маргарин), либо продукты, испорченные процессами жарки и копчения.

Избыточные компоненты пищи, которые организм всосал из кишечника, но не смог растратить – они будут откладываться в тканях, а съесть их за нас будет живущая в нас микрофлора.

Не полностью переваренные компоненты пищи, которые могут всасываться в кровь при нарушенных барьерных функциях кишечника, но не могут быть усвоены. Это они порождают аллергию.

Продукты распада не полностью переваренной пищи, образующиеся при гниении или брожении пищи в кишечнике.

Продукты метаболизма микрофлоры, обитающей в нашем кишечнике, как патогенной, так и дружественной.

Наши собственные метаболиты, которые образуются в наших тканях при сгорании жиров и аминокислот, являющихся нашим топливом.

В нашем теле всё время идёт процесс отмирания наших тканей, который порождает токсины в тканях.

Описанные выше составляющие аутоинтоксикации, в принципе, представляют из себя нормальный для человека поток токсинов, для защиты от которого у человека имеются специальные органы и системы. У нас имеется несколько уровней защиты: желудочно-кишечный тракт, печень, почки и лимфатическая система. Разрушение или дисфункция хотя бы одного из них обязательно приведёт к аутоинтоксикации. Доктор Генри в своей книге «Лечение без лекарств» акцентировал внимание читателя на индивидуальный подход к каждому пациенту. По этой причине он не даёт описаний своих лечебных диет. Он их создаёт для каждого пациента, исходя из его состояния здоровья, точнее, его состояния нездоровья.

Все здоровые люди имеют одну и ту же физиологию. В науке о физиологии человека имеется раздел «Нормальная физиология» – это область физиологии, описывающая, какие физиологические процессы и в какой взаимосвязи должны проходить в организме здорового человека. И когда мы говорим о здоровых людях, мы можем предлагать общие для каждого человека принципы сохранения здоровья, а именно: правильное питание, гимнастика для позвоночника, техники очищения организма от токсинов и методы восстановления иммунитета. Всё это будет описано в разделе «Комплексная оздоровительная система». Но когда мы имеем дело с пациентом, имеющим многолетнюю историю болезни, мы должны определить степень и особенности его нездоровья.

Теперь мы подошли к формулировке ответа на вопрос, чем определяется индивидуальный подход к каждому пациенту. Ответ прост. Каждый больной отличается степенями дисфункций и разрушений в четырёх главных защитных системах организма: желудочно-кишечный тракт, печень, почки и лимфатическая система. Патологические состояния

других органов – это следствия многолетних нарушений в деятельности этих четырёх главных защитников нашего организма. При восстановлении нормальной физиологии в этих четырёх системах происходит самостоятельное восстановление всех других органов, если состояние больных органов не перешло на уровень дистрофических функциональных нарушений (функциональной и морфологической атрофии). Поэтому для лечения (даже без лекарств!) каждого пациента необходимо оценить степень дисфункции каждой из четырёх защитных систем.

Функции защитных систем всем должны быть известны из курса физиологии человека, но мы их кратко перечислим для тех, кто этот курс не изучал, акцентируя внимание читателей на возможные нарушения этих функций.

## **4.2. Защитные функции желудочно-кишечного тракта**

Желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) состоит из ротовой полости, пищевода, кардиального клапана, отделяющего пищевод от желудка и препятствующий забросу пищи и желудочного сока в пищевод, желудка, клапана привратника, отделяющего желудок от двенадцатиперстной кишки и препятствующего попаданию непереваренной пищи из желудка в кишечник, двенадцатиперстной кишки, тонкого кишечника и толстого кишечника. Тонкий и толстый кишечника отделены друг от друга илеоцекальным клапаном, препятствующим прохождению непереваренной и неусвоенной пищи из тонкого кишечника в толстый кишечник. Работу ЖКТ обеспечивают железы: слюнные железы во рту, железы соляной кислоты и фермента пепсина в стенках желудка, поджелудочная железа, вырабатывающая панкреатический сок, печень, вырабатывающая желчь, железы в стенках тонкого кишечника, вырабатывающие ферменты и гормоны для полного переваривания пищи и всасывания питательных веществ.

Процесс продвижения пищи по ЖКТ контролируется автономной нервной системой, получающей информацию от сенсорных (чувствительных) элементов – рецепторов, имеющих во всех отделах ЖКТ. До нашего сознания доходит только малая часть информационного потока, сопровождающего работу ЖКТ. Мы воспринимаем вкус пищи, её температуру, её количество и переполнение того или иного отдела. Если с ЖКТ происходят серьёзные нарушения, начинают работать болевые рецепторы, и мы чувствуем боль.

Основная часть работы информационно-управляющей системы нам не видна, но в ЖКТ происходит множество процессов. Всё начинается с анализаторов, оценивающих химический состав пищи (белки, жиры, углеводы) и количество пищи. Они часто дают сбой, и их легко обмануть различными пряностями и вкусовыми добавками. Как это ни странно, сам традиционный общепринятый порядок приёма пищи провоцирует нарушения пищеварения. Первое, второе и третье – такова последовательность блюд, если это не праздник, когда количество блюд и напитков переходит все разумные границы. Но каждый вид пищи, воздействуя на рецепторы, настраивает состав пищеварительных ферментов под химический состав пищи. Каждое последующее блюдо отменяет команду на переваривание предыдущего блюда. Ну, а третье блюдо – чай, кофе, сладкий компот со сладкой булочкой отменяет процесс переваривания совсем, так как сахар в желудке – это признак окончания расщепления углеводов. При этом переваривание белков уже почти невозможно, так как жидкость, входящая в третье блюдо, сильно разбавила уже выделенные ферменты и соляную кислоту и быстро смыла их в кишечник. А для переваривания белков требуется от одного до трех часов. Одна только традиция приёма пищи – первое, второе и третье – вызывает нарушение работы ЖКТ. А ведь есть ещё и десерт!

Очевидно, что эффект таких сбоев нежелателен. Неправильный анализ состава пищи не заставит железы ЖКТ выработать нужное количество соляной кислоты и ферментов для

полного переваривания пищи. Непереваренная пища в кишечнике будет гнить с образованием ядовитых компонентов, если она белковая, или, если она углеводная, бродить с образованием сивушных масел – ядовитых для человека спиртов, более тяжелых, чем этиловый. Не полностью переваренная пища способствует развитию гнилостной микрофлоры вместо дружественных нам бифидобактерий и лактобактерий. Гнилостная микрофлора создаёт свой собственный поток токсинов.

Неполному перевариванию пищи в ещё большей степени способствуют нарушения в работе автономной нервной системы, вызванные нарушениями в передаче сенсорной информации через позвоночник в гипоталамус – «центральный физиологический компьютер», управляющий всеми нашими физиологическими и биохимическими механизмами. Нарушения в передаче сенсорной информации возникают, с одной стороны, из-за стрессов, а, с другой стороны, из-за проблем с позвоночником, через который по нервным путям происходит передача информации. Если поступила неправильная информация, наш физиологический компьютер выдаст неверное решение, и гипоталамус просто может открыть клапан привратника раньше положенного времени, и переваренная пища с желудочным соком из желудка провалится в кишечник. Желудочный сок обожжёт слизистую оболочку двенадцатиперстной кишки и тонкого кишечника и нейтрализует щелочные свойства желчи, предназначенной для расщепления жиров, а для этого в тонком кишечнике должна поддерживаться щелочная среда. В результате ни белки не будут расщеплены на аминокислоты, ни жиры не будут расщеплены на жирные кислоты. Человек почувствует изжогу или дискомфорт в кишечнике, а итогом будет нарушение пищеварения, приводящее к образованию токсинов.

Наша нервная система может давать различные сбои, например, давать команду на выработку пищеварительного сока при пустом желудке, выделять желчь в отсутствие жирной пищи, вызывать спазмы желудка или кишечника при незакрытых клапанах, и будет наблюдаться рефлюкс – заброс пищи и пищеварительных соков в верхние отделы ЖКТ из его нижних отделов. Слизистая оболочка желудка устойчива к кислой среде, а слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки, отделённой от желудка клапаном привратника, устойчива к щелочной среде. Пища из желудка может преждевременно проваливаться в двенадцатиперстную кишку с ожогом слизистой оболочки кишки, а желчь из двенадцатиперстной кишки может забрасываться обратно в желудок с ожогом слизистой оболочки желудка желчью (та самая изжога в желудке возникает вовсе не от кислоты, а от щёлочи). Всё это не только неприятно, но и опасно, так как вызывает ожоги слизистых оболочек. И всё это приводит к нарушениям в пищеварении.

Нарушение процесса пищеварения приводит к трём важнейшим неприятностям: во-первых, продуцированию токсинов, во-вторых, изменению состава микрофлоры и продуцированию токсичных метаболитов, создаваемых вредной микрофлорой, в-третьих, отравлению тканей кишечника с последующим нарушением барьерных свойств слизистых оболочек и функций всасывания продуктов пищеварения. Результатом станет возросший поток токсинов, поступающих в организм. Но здесь на пути токсинов встаёт печень со своими защитными механизмами.

### **4.3. Защитные функции печени**

Нет органа, выполняющего столько различных и важных функций для нашего организма, как печень. Печень представляет собой железу, способную воспроизвести утраченные клетки и регенерировать повреждённые участки. Она может функционировать, даже если её объём уменьшился в пять раз. В некоторых случаях после оперативного удаления 90% печени через несколько месяцев она восстанавливала свой объём. Глядя на её возмож-

ности, её можно считать бессмертным органом. Но постоянное злоупотребление её возможностями при плохом питании, чрезмерном и регулярном приёме алкоголя, лекарств и токсичных веществ может, в конце концов, привести к её разрушению. Одним из главных факторов разрушения печени и нарушения её функций является избыток поступающих в неё из кишечника токсинов, который она не может инактивировать.

Одна из функций, которые выполняет печень, это фильтрация венозной крови, выходящей из желудка и кишечника, которая несёт в организм продукты пищеварения, как полезные, так и токсичные. Через печень полезные продукты пищеварения передаются в кровеносную систему или преобразуются и запасаются самой печенью. Токсичные продукты задерживаются в печени и частично расщепляются, а частично сбрасываются обратно в кишечник вместе с желчью. Если кишечник в значительной степени снизил барьерные свойства, то выброшенные из печени токсины увеличат основной поток токсинов и вернуться к ней опять. Тогда печень не сможет освободиться от токсинов и подвергнется воспалительным, а затем и дистрофическим процессам. Далее последуют её дисфункция и аутоинтоксикация всего организма. Вследствие перегрузки токсинами печень пропустит токсинную кровь из кишечника мимо себя в кровеносную систему. Следующим органом, который попадает под токсический удар, станут лёгкие. Это им придётся стать органом выделения токсинов из организма вместо кишечника. Лёгкие, не освободившиеся от токсинов, начнут болеть сами и наименьшим из заболеваний станут хронический бронхит и воспаление лёгких. Следующими органами выделения токсинов станут кожа и слизистые оболочки носа. Результатами такой «очистительной» деятельности станут ренит, гайморит, фронтит и всевозможные кожные нарушения.

Часть токсинов аккумулируется в печени и приводит к воспалительным процессам инфекционного характера. В этих случаях врачи рекомендуют воздерживаться от употребления желчегонных продуктов, так как это вызывает боли в печени или в желчном пузыре при проблемах с желчным пузырём, что приведёт к ещё большей интоксикации самой печени. Воспалённая печень перестаёт очищать кровь и саму себя, создавая замкнутый круг. Следствием будет увеличение аутоинтоксикации всего организма. Выходом может быть только снижение токсичной нагрузки из кишечника путем изменения системы питания и мероприятия по принудительной чистке печени.

Что произойдёт, если полностью выключить печень, как фильтр поступающей из кишечника крови? Собаки, которым шунтировали печень (венозную кровь из кишечника пускали в обход печени), погибали через две недели в страшных мучениях. То же происходит с людьми в тяжелых случаях, но чаще имеет место незаметная умеренная аутоинтоксикация, которая медленно, но неуклонно приводит к токсемии – накоплению токсинов в других органах и тканях, вызывая заболевания сердца, лёгких, почек и суставов.

#### **4.4. Защитные функции почек**

Через почки проходит артериальная кровь и поступает в венозную систему. Почки отфильтровывают соли, мочевины, широкий ряд метаболитов, образующихся в тканях и выбрасываемых в кровь. Через почки удаляются многие вещества, поступающие в кровь из кишечника. По цвету и запаху мочи иногда можно определить, что пил или ел человек. В значительной степени это определяет состояние барьерных свойств слизистых оболочек ЖКТ. Благодаря этому свойству можно проводить диагностику организма. Это знали ещё врачи в древности. Цвет мочи может показать состояние ЖКТ. Можно произвести такой тест. У многих людей после свежего свекольного салата моча окрашивается в красный цвет. Это является тестом на проницаемость слизистых оболочек желудка и тонкого и толстого кишечника. В норме моча не должна окрашиваться. Если моча приобретает красный цвет менее

чем через час, это говорит о пониженных барьерных свойствах слизистой оболочки желудка или быстром прохождении пищи из желудка в кишечник. В норме этот период должен занимать 2—3 часа. Если окрашивание мочи происходит через 2—3 часа, это говорит о пониженных барьерных свойствах слизистой оболочки тонкого кишечника. Если окрашивание наступает на следующие сутки, соответственно, имеются проблемы с толстым кишечником.

Состояние почек зависит от двух факторов: состояния аутоинтоксикации и состояния иннервации со стороны симпатической нервной системы. При большой концентрации в крови токсинов и метаболитов происходит накопление токсинов, особенно крупных фрагментов не полностью расщеплённых белков. Почки не могут расщеплять вещества. Они только фильтруют, а то, что не проходит через фильтр, может откладываться в тканях почек. Если в тканях имеются метаболиты (их в народной медицине называют шлаками), то – рано или поздно, но обязательно – в почках поселится микрофлора, способная питаться этими метаболитами. Представление о стерильности крови человека – миф. Микрофлора постоянно попадает в кровь из толстого кишечника и уничтожается лимфоцитами, но не сразу. Она может поселиться в тканях, засорённых метаболитами, питаться ими и вызывать локальные воспалительные процессы во внутренних органах. Для почек, как следствие накопления метаболитов, это будет процесс очистки с симптомами хронического нефрита. Если метаболитов мало, то процесс может пройти незаметно. Если накопленных метаболитов много, а почки подверглись переохлаждению, человек получит острый воспалительный процесс – самый настоящий нефрит со всеми вытекающими отсюда последствиями.

При воспалении почки сильно снижают свои фильтрующие и выделительные свойства. Кровь перестаёт эффективно очищаться от метаболитов, и они начинают откладываться в лёгких, сердце и железах внутренней секреции. Воспаление лёгких часто возникает благодаря кишечной палочке, размножающейся в лёгких за счёт накопленных в них метаболитов. В этих случаях лучшим лечением будет полное очищение кишечника. Это будет проявляться как осложнения, возникающие в процессе заболевания. Последнее возникает редко. Однако часто возникает хроническая перегрузка почек, вызывающая хронический, иногда бессимптомный, воспалительный процесс, разрушающий почки и повышающий уровень аутоинтоксикации. Появляется ещё один патологический замкнутый круг. Разорвать его можно только с помощью полной физиологической очистки организма. Лекарственная терапия будет подавлять воспалительный процесс в почках и улучшать очистительные свойства почек, но аутоинтоксикация не исчезнет, и болезнь может возобновиться снова. В свою очередь лекарства, если их применять долго, начнут разрушать почки. Это может привести в будущем к возможной почечной недостаточности.

## **4.5. Защитные функции лимфатической системы**

Мы редко вспоминаем о лимфатической системе. Лимфатическая система – это своего рода канализация наших тканей. Крохотные лимфатические сосуды пронизывают ткани и органы, собирая метаболиты из межклеточного пространства, и отправляют их в лимфатические узлы. В лимфатических узлах происходит расщепление метаболитов и продуктов отмирания клеток. Расщепленные вещества отправляются через главный лимфатический сосуд и вбрасываются в венозную систему в области ключицы. Все органические компоненты, которые возникают в ходе нормального и регулярного распада клеток, проходят через лимфатическую систему, расщепляются и снова отправляются в кровь для построения новых клеток и тканей. Если в ходе аутоинтоксикации лимфатическая система перегружается, то в межклеточных пространствах накапливаются метаболиты. На этой основе могут возникнуть как заболевания внутренних органов, так и заболевания самой лимфатической системы, вызванные инфекциями и задержкой продвижения лимфы – лимфостазом. Нам

не хочется перегружать внимание читателя списком малоизвестных заболеваний, но расскажем о некоторых функциях лимфатической системы, имеющих своей задачей поддержание здоровья.

Лимфатические узлы, входящие в состав лимфатической системы, являются самыми многочисленными органами иммунной системы, отвечающей за борьбу с микрофлорой, регулярно попадающей в наш организм. Лимфатические узлы, выполняющие функции биологических фильтров, расположены на путях следования лимфы по лимфатическим сосудам от органов и тканей к лимфатическим протокам и кровеносной системе. В них задерживаются любые крупные чужеродные структуры, погибшие клетки, пылевые частицы и микробные тела, если они оказались в притекающей к узлу лимфе, а также опухолевые клетки. В синусах лимфатических узлов (полостях, заполненных лимфой) все эти структуры задерживаются, распознаются лимфоцитами и уничтожаются, если их могут поглотить и «переварить» макрофаги. Таким образом, пройдя через лимфатические узлы, лимфа очищается от посторонних частиц и вливается в кровь уже без чужеродных веществ. Задерживая по пути тока лимфы бактерии и другие инородные частицы, лимфатические узлы выполняют барьерно-фильтрационную функцию. Клетки лимфоидного ряда, распознающие и уничтожающие чужеродные структуры, также выполняют функцию иммунного. Как органы иммунной системы, они играют важную роль в образовании лимфоцитов и плазмочелювк клеток, вырабатывающих антитела.

Огромное число лимфатических узлов собирает и очищает лимфу, поступающую из тонкого и толстого кишечника, очищая всасываемые вещества от проникающих в лимфу из кишечника токсинов.

Лимфоциты вырабатывают вещества, убивающие вирусы, и уничтожают раковые клетки. Это уровень биологической защиты. При появлении в какой-то части организма воспалительных процессов в эту часть направляются целые полчища лимфоцитов, которые делают химический и генный анализ внедрившегося врага, убивают и переваривают бактерии, создают иммунные вещества для уничтожения вирусов. Лимфоциты могут проходить через любые ткани и достигать отдельных клеток с изменённой генной структурой. Обнаружив такую клетку, лимфоциты собираются в группу и атакуют чужеродную клетку, убивая и растворяя её. Таким образом, осуществляется противораковая защита тканей.

Главным вопросом в проблеме заболеваемости раком является следующий: почему происходит сбой в иммунной системе, отвечающей за опознание и уничтожение раковых клеток? В 1971 г. в лаборатории патологии и микробиологии штата Вашингтон супруги К. и И. Хельштрем обнаружили в плазме крови больных вещество, блокирующее цитотоксические свойства лимфоцитов. Они назвали его «блокирующим фактором». Этот фактор вызывал выключение антигенных рецепторов лимфоидных клеток, теряющих тем самым способность опознавать чужеродную клетку. Этот фактор может быть устранён обычным промыванием. Этот фактор также исчезает у людей, излеченных от опухолей. Он оказался «антигенным мусором» – продуктом распада клеток опухоли. Известно, что 90% опухолевых клеток гибнет, что приводит к выбросу в ткани и в кровь продуктов клеточного некроза, который способен забить каналы получения и обработки антигенной информации. Иммунитет подавляется.

Подобное состояние может возникать в организме также при попадании через слизистую оболочку кишечника продуктов гниения белковой пищи при нарушении процесса выработки пищеварительных ферментов и при условии нарушения барьерных свойств слизистой оболочки кишечника, а также при нарушении функций очищения крови, поступающей из кишечника через печень во все внутренние органы (Мечников И. И., 1988).

При переполнении тканей метаболитами любого происхождения накапливается так называемый «антигенный мусор» – метаболиты, возникающие при распаде белков. Это

обломки белковых молекул, которые опознаются лимфоцитами как чужеродные тела, такими не являясь. И вместо того, чтобы опознавать и уничтожать чужеродные клетки, лимфоциты занимаются исследованием «пищеварительного мусора». Доказано, что «антигенный мусор» блокирует антираковую активность лимфоцитов, открывая пути к развитию опухолей. После этого сама лимфатическая система превращается в каналы распространения подвижных раковых клеток. Последнее приводит к развитию вторичных опухолей в других органах. Сохранение чистоты лимфатической системы является основой предотвращения онкологических заболеваний.

Таким образом, первый компонент формулы здоровья – это защита наших внутренних органов от токсинов, образующихся внутри нашего организма.

## **4.6. Второй компонент формулы здоровья**

В предыдущих главах мы познакомились с одной из главных причин хронических заболеваний – токсемией. Но откуда берётся токсемия? Только ли от неправильного питания? Множество людей питается неправильно и при этом не болеет, а среди людей, которые правильно питаются и ведут правильный образ жизни, встречаются весьма больные люди. Это означает, что имеется ещё один компонент здоровья, столь же значимый, как и правильное питание – второй компонент формулы здоровья, неизвестный большинству людей, включая врачей. Утрата именно этого компонента приводит к потере здоровья. Этим компонентом является наша нервная система, если точнее, это деятельность симпатической нервной системы, управляющей всеми физиологическими процессами, включая гормональную регуляцию. Именно сбой в работе симпатической нервной системы создаёт дисфункции в работе защитных систем организма. Подробно это будет рассмотрено ниже в разделах, посвящённых трофической функции нервной системы.

## **4.7. Третий компонент формулы здоровья**

Третий компонент формулы здоровья: «Активное воздействие на организм по сохранению и восстановлению здоровья».

Почему требуется активное воздействие на организм, если мы хотим сохранить здоровье? Ответ очень прост. Наши традиции, наши привычки, наша необразованность в вопросах здоровья, наша зависимость от стрессов и, наконец, отсутствие физкультурной практики, направленной на поддержание здоровья, ставят нас в положение, когда наше здоровье обязательно начнёт разрушаться. У одних это произойдёт после пятидесяти лет, когда сильно изменяется гормональный статус, у других это начинается уже в двадцать лет ещё на студенческой скамье.

В этой главе мы слегка коснёмся причины развития самого распространённого хронического заболевания, которое точно возникает не по причине токсемии. Это профессиональное заболевание студентов – гастрит. Раньше считалось, что он возникает из-за сухомытки и нерегулярного питания, но сегодня врачи вам скажут, что причиной гастрита является бактерия хеликобактер. После этого студентам пропишут антибиотики, и у них начнёт страдать кишечник. Антибиотики могут помочь, но могут и навредить. Только в 40% случаев в желудке при гастрите или язвенной болезни обнаруживают бактерии хеликобактер. При этом медики говорят, что заболевание ассоциировано с наличием бактерий хеликобактер. Термин «ассоциировано» означает осторожное утверждение, что, в принципе, бактерии хеликобактер могут быть и ни при чем. До 30% населения заражены этой формой бактерий, но у них нет ни гастрита, ни язвенной болезни! Это как раз тот случай, когда принципы доктора Р. Коха об инфекционных агентах не срабатывают. Наличие патогенной микрофлоры

недостаточно для развития заболевания! Забегая вперёд, мы можем сказать, то гастрит ассоциирован ещё и с состоянием позвоночника. Компрессия симпатических нервов, по которым осуществляется управление работой желудка, приводит к развитию гастрита без бактерии хеликобактер. Эти явления мы рассмотрим позднее.

Таким образом, каждому человеку необходим комплекс мероприятий для нормализации физиологических процессов как в ЖКТ, так и автономной нервной системе, управляющей всеми физиологическими процессами нашего организма.

## 4.8. Формула здоровья

Формула здоровья очень проста: **«Активное воздействие на организм с целью сохранения и восстановления нормальной физиологии желудочно-кишечного тракта, печени, почек, лимфатической системы, позвоночника и симпатической нервной системы»**. Эту простую формулу очень непросто реализовать, но уже понятно, что это может быть доступно каждому человеку. Методы, с помощью которых это можно осуществить, даны в нашей книге.

## Часть 2. Современные научные положения о причинах патологий

### Глава 5. Причины хронических заболеваний

#### 5.1. Анализ кривой выживания и дожития поколения

Здоровье и долголетие во все времена считались не только главным богатством человека, но также одной из главнейших целей национальных культур. Считается, что здоровье и долголетие определяется состоянием медицины в каждой отдельной стране. Действительно, именно благодаря прогрессу медицины, санитарии и гигиены в мире значительно снизилась смертность от инфекционных заболеваний и детская смертность. За последний век благодаря этому средняя продолжительность жизни (СПЖ) выросла почти вдвое. В наиболее развитых странах она превысила 70 лет и продолжает расти. Однако реально достижимая индивидуальная продолжительность жизни человека за несколько последних столетий практически не изменилась! Существует закон, описывающий вероятность естественной смерти человека (рис. 5.1), – кривая выживаемости.

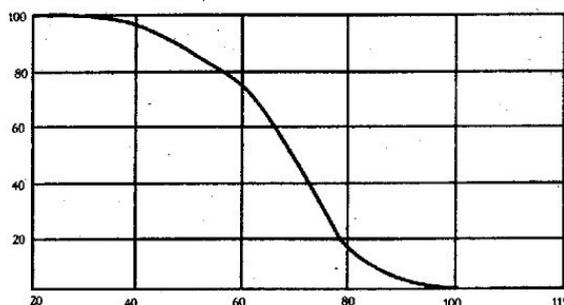


Рис. 5.1. Кривая выживаемости. По вертикали – процент выживания; по горизонтали – годы жизни.

Для разных стран кривые выживаемости отличаются. Для стран с развитым медицинским обеспечением этот закон устанавливает статистическую максимальную продолжительность жизни (МПЖ) человека в 95 лет и среднюю продолжительность жизни (СПЖ) в 70 лет. Это означает, что, во-первых, генетически заданная продолжительность жизни человека превышает 95 лет, а, во-вторых, 99% людей в условиях развитой современной медицины не доживает 25 лет до статистически максимально возможной продолжительности жизни. Эти 25 лет у нас крадут хронические и онкологические заболевания. Главными причинами сокращения продолжительности жизни являются сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. От заболеваний сердца, рака и инсультов умирает 75% людей старше 65 лет. Несмотря на развитие медицины, в настоящее время наблюдается рост сердечно-сосудистых заболеваний, диабета и онкологических заболеваний. По прогнозам Американского Статистического управления, в XXI веке от рака умрёт каждый третий, хотя во второй половине XX века от рака в США умирал каждый пятый, а в начале XX века – менее чем каждый десятый, смертность от рака была на восьмом месте.

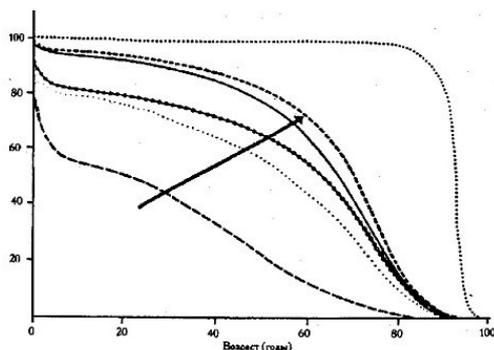


Рис. 5.2. Выпрямление кривой выживаемости в ходе развития цивилизации и социального состояния человечества. По вертикали – процент выживания; по горизонтали – годы жизни. Кривые выживаемости слева направо в направлении стрелки: 1. Британская Индия 1921—1930; 2. США 1900—1902; 3. Италия 1930—1932; 4. США 1939—1940; 5. Новая Зеландия 1934—1938; 6. Идеальная кривая.

В ходе развития человечества благодаря развитию гигиены и медицины кривая выживаемости выпрямляется (рис. 5.2). При этом структура смертности претерпевает серьёзные изменения. На место инфекционных заболеваний приходят хронические и системные заболевания (таблица 5.1). Можно заметить, что в 1866 г. болезни сердца вообще не фигурировали в списке десяти основных причин смерти. Однако уже в 1930 г. они стали основными причинами смерти.

Сходная историческая динамика структуры причин смерти имела место и по всей территории США, а также в остальных экономически развитых странах.

Таким образом, сердечно-сосудистые заболевания в настоящее время являются основной причиной смерти в экономически развитых странах. Например, доля умерших от сердечно-сосудистых заболеваний среди всех умерших составляет 50,0% в СССР (1977 г.), 49,9% в США (1980 г.), 50,4% в ФРГ (1982 г.) и 41,5% в Японии (1982 г.). Следует, однако, отметить, что смертность от сердечно-сосудистых заболеваний значительно увеличивается с возрастом, поэтому от болезней сердца и сосудов умирают главным образом пожилые люди. А это означает, что происходящее сейчас во всех экономически развитых странах постарение населения (увеличение доли пожилых в населении) будет вести при прочих равных условиях к повышению доли умерших от сердечно-сосудистых заболеваний.

Таким образом, рост продолжительности жизни в прошлом веке в значительной степени связан с победой над инфекционными заболеваниями. В настоящее время рост продолжительности жизни связан, в основном, со снижением смертности от хронических и системных заболеваний.

Причина смерти	% всех случаев	Причина смерти	% всех случаев
1866 Г.		1900 г.	
1. Туберкулез	19,8	1. Пневмония, грипп, бронхит	14,4
2. Диарея и энтериты	15,0	2. Туберкулез	11,3
3. Холера	6,4	3. Диарея и энтериты	8,1
4. Пневмония, грипп, бронхит	6,1	4. Болезни сердца	8,0
5. Детские судороги	5,9	5. Хронические нефриты	4,7
6. Мозговые геморрагии	2,7	6. Несчастные случаи	4,5
7. Дифтерия и круп	2,7	7. Тромбозы сосудов мозга и мозговые геморрагии	4,2
8. Дизентерия	2,5	8. Болезни раннего детства	4,2
9. Скарлатина	2,4	9. Рак и другие злокачественные опухоли	3,7
10. Нефриты	2,1	10. Дифтерия	2,3
1930 г.		1970 г.	
1. Болезни сердца	18,9	1. Болезни сердца	38,3
2. Пневмония, грипп, бронхит	9,4	2. Рак	17,2
3. Рак	8,6	3. Инсульт	10,6
4. Нефриты	8,0	4. Грипп, пневмония, бронхит	3,6
5. Мозговые геморрагии	7,1	5. Несчастные случаи, самоубийства	3,1
6. Туберкулез	6,3	6. Автотранспортные	2,8
8. Болезни раннего детства	4,4	7. Болезни раннего детства	2,3
7. Несчастные случаи, самоубийства	3,1	8. Диабет	2,0
9. Автотранспортные	2,4	9. Атеросклероз	1,7
10. Диарея и энтериты	2,3	10. Цирроз печени	1,6

Таблица 5.1. Вот как, согласно опубликованным им данным, менялась структура причин смерти в городе Нью-Йорке с 1866 по 1970 г. (Chandra V., et al, 1983; Omran A. R., 1977):

По прогнозам учёных-геронтологов, в будущем средняя продолжительность жизни может быть приближена к статистически максимально возможной продолжительности жизни. Проблема увеличения СПЖ касается не только учёных-геронтологов, врачей и всей системы здравоохранения, но и каждого из нас, так как медицина не занимается развитием активных методов предотвращения хронических и онкологических заболеваний. Несмотря на бытующее в мире представление, что от собственных усилий человека не зависит ни здоровье, ни долголетие человека, от человека зависит многое. Для того чтобы мы жили долго и были здоровы, каждый человек должен знать, что очень многое зависит от его собствен-

ного труда над сохранением и восстановлением своего здоровья. Человечество имеет огромный опыт и знания о возможностях человека жить долго и противостоять болезням (Кэлдер П., 2004, Кэлдер П. и др., 2006). Три тысячи лет назад уже существовали методы предотвращения хронических и онкологических заболеваний (Чжан Минъу, 1994; Цзижэнь Ма, 1966). Однако эти знания известны немногим и заключены в такую форму, что непонятны даже медикам, не говоря уже обо всех остальных. С этой точки зрения первейшей задачей медицинской и биологической наук должно стать расширение исследований, направленных на развитие активных методов предотвращения хронических и онкологических заболеваний и на увеличение индивидуальной продолжительности жизни.

Что может сделать каждый отдельный человек для решения этой проблемы для самого себя и своей семьи?

Достоверно известно, что некоторым направлениям альтернативной медицины удаётся излечивать многие хронические и онкологические заболевания, но это не имеет научного и систематического характера. В мире существует искусство предотвращения хронических заболеваний и продления жизни – цигун. *Ци* – жизненная энергия человека, а *гун* – психофизические упражнения, позволяющие управлять жизненной энергией ци с целью сохранения здоровья, излечения от хронических и онкологических заболеваний и продления жизни на срок от 10 до 50 лет (Чжао Цзиньсян, 1993). Существует также ряд противораковых систем, способных влиять на течение онкологических заболеваний. Наша группа в течение 20 лет занимается сбором знаний, пропагандой и развитием знаний о методах предотвращения хронических и онкологических заболеваний и продлении жизни. Наша задача – дать анализ известных в мире знаний о причинах болезней с точки зрения нарушений в нормальной физиологии человека. Проведённые нами исследования показывают, что проблема здоровья и долголетия является в значительной степени проблемой нарушения нормальных физиологических процессов, что со временем приводит к ускорению возрастных дистрофических процессов в организме. Наша возможность влиять на здоровье и долголетие определяется нашим умением контролировать состояние главных физиологических систем и умением корректировать их работу. Эта возможность лежит вне сферы медицины. Искусство лечения болезней человека – это медицина. Но, кроме медицины, в мире существует ещё и искусство сохранения здоровья и предотвращения болезней, которым медицина не занимается. Парадоксально, но сами врачи не интересуются этим аспектом, в то время как мы именно от них ожидаем положительные примеры именно в этом вопросе.

В связи с этим нам стоит рассмотреть позиции классической медицины во взглядах на причины болезней и стратегию профилактики заболеваний.

## **5.2. Причины хронических заболеваний, выделяемые современной медициной**

Вот общий перечень причин, взятый из классического медицинского руководства по лечению под названием «Внутренние болезни»:

- инфекция вирусами, бактериями, грибами;
- наследственные причины (для широкого перечня заболеваний);
- системные заболевания (гипертензия, атеросклероз);
- невроты, эмоциональное перенапряжение;
- нарушения гормональной регуляции в организме;
- интоксикация (токсиканты из внешней среды, например, полиароматические углеводороды – ПАУ);

– психоактивные вещества (алкоголь, никотин, наркотики), и воздействие некоторых лекарств (антибиотики, гормональные препараты, психотропные лекарственные средства и др.);

– неправильный образ жизни – нарушение режима питания, малая подвижность, нарушение режима труда и отдыха, нарушения сна;

– иммунные и/или аутоиммунные процессы;

– неизвестные на сегодняшний день причины заболеваний.

Из этого перечня видно, что с позиции официальной медицины причины болезней лежат либо вне человека, т. е. во внешней среде, либо в неправильном образе жизни, который не имеет точного определения и не является гарантом здоровья.

Для лечения болезней создаются лекарства. С каждым годом лекарства становятся сильнее и дороже с учетом вложенного в них труда. Годовой оборот фармакологических компаний в мире свыше 8 триллионов долларов. Существует точка зрения, что хронические заболевания населения выгодны этим компаниям, поскольку приносят им все возрастающие огромные прибыли. Хронически больное население значительную часть заработанных денег платит за лекарства, чтобы иметь возможность жить и работать! Это самое настоящее «лекарственное рабство».

С точки зрения медицины, восстановление здоровья – это контроль над болезнью с помощью лекарств. Действительно, только благодаря современной медицине человечеству удалось победить эпидемии чумы, холеры, распространенные неинфекционные заболевания (цинга, рахит). Автор ни в коем случае не вторгается в поле деятельности медиков. Медицина приносит огромную пользу для человечества. Именно благодаря медицине снизились детская смертность, доходившая до 25%, и смертность от инфекционных заболеваний. Но теперь на первые места по смертности вышли сердечно-сосудистые (55%), онкологические заболевания (20%) и диабет (9%), а также другие болезни, имеющие длительное хроническое течение. В чем причина этого явления?

Причина этого, с одной стороны, в непонимании внутренних для человека причин хронических заболеваний, а, с другой стороны, в недостаточном знании альтернативного подхода к здоровью человека, состоящего в профилактике хронических заболеваний. Другой подход – это различные оздоровительные концепции, на основе которых создаются практические оздоровительные программы, основанные на глубоком понимании законов природы и жизнедеятельности человека в тесном взаимодействии с природной средой. Часто их называют традиционными подходами в оздоровлении, поскольку эти системы взглядов и методов опираются на народные традиции выживания и поддержания здоровья. Но в настоящее время сформировалось то, что мы теперь можем называть **«научный подход к здоровью человека»**, так как огромный опыт в этом направлении накоплен благодаря работам ряда врачей и учёных, посвятивших свою деятельность проблеме восстановления здоровья человека, а не медикаментозного лечения болезни.

## **5.3. Роль инфекционного фактора в заболеваниях человека**

### **5.3.1. Взгляды на роль инфекционного фактора с позиций ортодоксальной медицины**

В среде медиков, профессионально связанных с изучением инфекционной патологии, существует устоявшееся мнение: «Все болезни человека делятся на две категории: инфекционные и безусловно инфекционные». Инфекционные болезни вызываются бактериями,

вирусами, простейшими микроорганизмами, их сочетанием, а также гельминтами. Возбудители инфекционных заболеваний известны и, в основном, изучены. По отношению к этим заболеваниям действует принцип, предложенный известным микробиологом Р. Кохом.

Необходимые требования для доказательства этиологической (причинной) роли инфекционного агента при заболевании были сформулированы Р. Кохом в 1890 г. При соблюдении следующих условий паразит мог рассматриваться как причина болезни:

- 1) паразит встречается в каждом случае болезни и в обстоятельствах, которые могут отвечать за патологические изменения и клинический ход заболевания;
- 2) паразит не встречается при другой болезни как случайный или непатогенный агент;
- 3) чистая культура паразита вызывает заболевание при введении человеку или животным.

Нам всем хорошо известны безусловные инфекционные болезни: это грипп, коклюш, ветрянка, малярия, а также такие болезни, которые в прошлом опустошали целые страны, это чума, оспа, холера, туберкулез. Острые инфекционные и паразитарные болезни, склонные к эпидемическому распространению, оказывали и продолжают оказывать выраженное влияние на социальные и экономические условия жизни, на судьбу народов и цивилизаций (Сергиев В. П., 2000). Ниже приведено всего лишь несколько примеров в подтверждение данного положения.

Появление в I веке новой эры тропической малярии в северном Средиземноморье привело к запустению поселений в южной части Апеннинского полуострова, которые до этого успешно развивались на протяжении почти 1000 лет. Из-за малярии эти районы Италии оставались покинутыми и заброшенными до начала XX века. Именно тропическая малярия с момента проникновения на европейский континент в начале новой эры явилась причиной быстрого упадка греческой цивилизации (Coluzzi M., 1999).

Распространение чумы Юстиниана в VI в. н. э. стало основной причиной упадка Римской империи (Щепин О. П., Ермаков В. В., 1982). Оспа, занесенная конкистадорами в Америку, привела к гибели империи инков, когда от эпидемии этой болезни погибли только в 1520 г. более 3 млн. индейцев. Завоз сифилиса в Европу из Нового Света в конце XV в. матросами Колумба и эпидемическое распространение его по континенту привели к закату эпохи Возрождения. Эпидемия дизентерии в армиях Австрии и Пруссии, наступавших на революционный Париж, вынудила обессиленные от поноса войска отступить и тем самым спасла Французскую революцию (Сергиев В. П. и др., 2000).

Инфекционные заболевания сегодня не столь значимы, как в древние века. Благодаря развитию медицины, применению санитарно-эпидемиологических мероприятий и разработке вакцин эпидемии этих смертельно опасных болезней отошли в прошлое и больше не угрожают человечеству. В настоящее время наблюдаются отдельные вспышки этих заболеваний, носящие локальный и временный характер.

Однако в последние десятилетия заболеваемость и смертность от них стали вновь расти. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ, WHO) заявляет, что ведущая роль инфекционных болезней как главной причины социально-экономического ущерба, наносимого человеческому обществу, сохраняется и в настоящее время (WHO, 1996). Семь важнейших инфекционных болезней (туберкулез, СПИД, малярия, диареи, инфекции нижних дыхательных путей, вирусные гепатиты и корь) являются причиной половины преждевременных смертей детей и подростков в мире (WHO, 1999).

После появления у возбудителя туберкулеза резистентности к антибиотикам в 1985 г. в мире начался рост заболеваемости этой инфекцией. Резко (в 100 раз) возросла стоимость лечения больных лекарственно устойчивым туберкулезом и увеличилась летальность от этой инфекции. В настоящее время в мире от туберкулеза ежегодно умирают 1,9 млн.

больных, что в значительной степени объясняется широкой циркуляцией штаммов возбудителя с множественной лекарственной устойчивостью (Покровский В. И. и др., 2003).

В США снижение смертности наблюдалось до 1980 г. За 1980—1992 гг. был зарегистрирован рост этого показателя на 58%, что было связано с «вновь возникшим» СПИ-Дом и «возвратившимся» туберкулезом. В России была отмечена та же тенденция. Рост смертности начался с 1991 г. По сравнению со скандинавскими странами в 1992 г. смертность мужчин в России от инфекций была в 4 раза выше (Шевченко, Онищенко, 2001). Между 1989 и 1998 гг. заболеваемость сифилисом в России увеличилась почти в 55 раз (Сергиев В. П. и др., 2000). За 1991—1998 гг. заболеваемость туберкулезом в России увеличилась в 2 раза. В настоящее время ежегодно от туберкулеза в России погибает больше людей, чем от всех других инфекций вместе взятых. Среди заключенных заболеваемость туберкулезом в 50 раз выше, чем среди населения России в целом (Покровский В. И. и др., 2003).

В последние десятилетия наблюдается эволюция инфекционных факторов. Непрерывно появляются новые штаммы бактерий, клоны вирусов, обладающих изменённой вирулентностью (способностью заражать) и патогенностью (тяжестью заболевания). Формируются новые возбудители инфекционных заболеваний. Возникает устойчивость к антибиотикам, вынуждающая разрабатывать новые и более сильнодействующие лекарственные препараты. Развитие лекарственной устойчивости – это, в значительной степени, результат направленной селекции микроорганизмов лекарственными препаратами в результате нерационального использования антибиотиков (Сергиев В. П. и др., 2000). Например, выявлена четкая корреляция между распространенностью резистентности стрептококков (*Streptococcus pneumoniae*) и уровнем продажи антибиотиков (Bronzwaer S. et al, 2002). Большинство известных антибиотиков также широко используются в животноводстве и птицеводстве, часто в субтерапевтических дозах, способствующих развитию резистентности. Ежегодно в мире производится 170 млрд тонн мяса, при выращивании которого применялись антибиотики (Шевченко Ю. Л., Онищенко Г. Г., 2001).

Другим механизмом формирования новых возбудителей выступает плановая иммунопрофилактика. В результате иммунологического пресса, вызванного массовой вакцинацией, происходят антигенные изменения в популяции возбудителя, и преимущественное распространение приобретают клоны (штаммы), не входящие в состав вакцин. В 1990-е гг. на фоне систематической вакцинации детей АКДС-препаратом с высоким охватом стали регистрироваться подъемы заболеваемости коклюшем в Австралии, Голландии, Канаде, США. Исследование циркулировавших штаммов выявило существенное изменение характеристик выделяемых от больных штаммов *Bordetella pertussis* по сравнению с допрививочным периодом. При сравнении с хранившимися музейными штаммами *B. pertussis* было обнаружено, что через 20—60 лет постоянных прививок циркулировавшие во время подъемов заболеваемости штаммы *B. pertussis* содержали характеристики (pt2 или pt3), которые отсутствовали у вакцинных штаммов (Семенов Б. Ф. и др., 2003).

Большие изменения произошли в свойствах возбудителя коклюша и в России. На смену «дикому» штамму серотипа 1.2.3, который широко циркулировал в довакцинальный период, пришел штамм серотипа 1.0.3. Преобладающая циркуляция серотипа 1.0.3 вызвала рост заболеваемости, т. к. этот вариант отсутствовал в составе отечественной вакцины, состоявшей из серотипа 1.2.3 (Покровский В. И. и др., 2003).

Похожая ситуация произошла в нашей стране и с возбудителем дифтерии. На фоне высокой привитости в 1970-е гг. произошла смена биовара «гравис» на «митис». Последний сохранял преимущественное распространение до 1990-х гг. Подъем заболеваемости 1990-х гг. совпал не только с резким снижением охвата прививками, но и с новым распространением биовара «гравис» (Покровский В. И. и др., 2003).

Появление новых клонов возбудителей, не связанное с вакцинацией, также может вызывать эпидемические подъемы заболеваемости. Например, появление резистентного клона золотистого стафилококка *Staphylococcus aureus* привело к эпидемии импетиго среди детей в Швеции и Норвегии (Osterlund A. et al, 2002). Клоновый характер носили первая и вторая пандемии менингококкового менингита серогруппы А в 1967—1968 гг. и в начале 1980-х гг. Эта же закономерность была отмечена во время эпидемических подъемов заболеваемости менингококковым менингитом серогруппы А в России в те же годы (Дельви́г А. А. и др., 2000).

Время от времени человечество подвергается нашествию совершенно новых инфекций, имеющих чрезвычайно высокие показатели вирулентности (способности передаваться от больного к здоровому и вызывать заболевание) и смертности. Это первые эпидемии лихорадки Эбола в Африке и эпидемия так называемой «атипичной пневмонии» в 2003 г. Эпидемии птичьего и свиного гриппа в 2009 г. сегодня снова возвращаются.

Инфекционную природу имеют многие онкологические заболевания. Известно, что вирусы гепатита В и С вызывают рак печени, возбудитель описторхоза – холангиокарциному, папилломавирусы 16-го и 18-го типа – наиболее частая причина рака шейки матки и мочевого пузыря, вирус Эпштейн-Барра способен индуцировать рак носоглотки и желудка, лимфогранулематоз, возбудитель язвенной болезни *H. pylori* является фактором риска развития аденокарциномы желудка, неходжкинской лимфомы и мукоз-ассоциированной лимфомы желудка.

Следующие гельминты включены в перечень канцерогенов человека – *Schistosoma haematobium*, *Opisthorchis viverrini* – или потенциальных канцерогенов – *Schistosoma japonicum*, *Clonorchis sinensis* (IARC, 1994). По данным ВОЗ, до 84% некоторых форм злокачественных новообразований имеют инфекционную природу (WHO, 1996).

До недавнего времени считалось, что многие соматические заболевания (гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, а также многие другие заболевания) вызываются не инфекционными агентами, а многофакторным воздействием неблагоприятных условий внешней среды и неправильного образа жизни. В настоящее время отношение медиков к этим неинфекционным заболеваниям резко поменялось.

Предположения об инфекционной природе подавляющего большинства так называемых соматических болезней человека высказывались давно и многократно. В настоящее время накапливаются новые факты в подтверждение инфекционной природы сердечно-сосудистых болезней. Наиболее часто в качестве одного из возможных возбудителей подозревают хламидии. Считается доказанным, что инфицирование бактериями хеликобактер пилори (*H. pylori*) является причиной развития гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. За комплекс работ по этому направлению Барри Маршаллу и Роберту Уоррену была присвоена Нобелевская премия за 2005 г. Постоянно ведутся поиски инфекционных факторов, вызывающих атеросклероз. В атеросклеротических бляшках также часто обнаруживают микрофлору, начиная от микоплазм, кончая простейшими.

Является некоторым парадоксом, что в изданиях ВОЗ, публикующих списки новых инфекций, большинство так называемых «новых инфекций» представляют болезни, ранее считавшиеся неинфекционными, у которых в последние годы был обнаружен возбудитель (Сергиев В. П., 2000; Сергиев В. П. и др., 2000).

На этих представлениях сформирована современная стратегия ортодоксальной медицины. Медицина признаёт главенствующую роль возбудителей в развитии патологии человека и наличие межвидовой борьбы между микроорганизмами и Человеком. Создание оружия для обеспечения выигрыша в межвидовой борьбе с микроорганизмами может быть обеспечено только интеллектуальной медицинской элитой. Усилия медицины по-прежнему направлены на борьбу с внешними для человека факторами среды.

Это, несомненно, правильная стратегия при инфекционных заболеваниях, но, может быть, заболеваемость в значительной степени зависит от самого человека?

### **5.3.2. Взгляды на роль инфекционного фактора с позиций натуральной гигиены**

В истории человечества случались эпидемии, уносившие миллионы человеческих жизней. Это в первую очередь чума. Смертность от чумы достигала 55% населения региона, охваченного инфекцией. Однако, несмотря на наличие инфекционного фактора и заражение, многие люди не заболевали. История доносит до нас исторический случай, названный историей про четырёх воров. Во время эпидемии чумы четырёх закоренелых воров в наказание за их преступления заставили собирать по городу трупы умерших от чумы людей и хоронить их. За время эпидемии, несмотря на многочисленные контакты с носителями смертельных бактерий, ни один из воров не заболел и не умер (по: Урываев Ю. В., 1994).

В известном труде лауреата нобелевской премии И. И. Мечникова под названием «Невосприимчивость к болезням» (Мечников И. И., 1947), посвященному иммунитету, приводится множество случаев, указывающих на то, что наличия болезнетворных бактерий в организме человека недостаточно для того, чтобы вызвать инфекционное заболевание. Например, известный бактериолог Леффлер, изучавший этиологию дифтерита, обнаруживал микробы дифтерита в горле здоровых детей. Знаменитый Кох настаивал на том, что вибрионы холеры встречаются только в кишечнике больных холерой. Тем не менее, вибрионы холеры находили в кишечнике здоровых людей.

В своей книге И. И. Мечников писал, что помимо ядовитых дифтеритных и холерных бацилл, часто найденных у вполне здоровых людей, постоянно или почти всегда встречаются у них пневмококки, стафилококки, стрептококки и колибациллы. И это открытие привело Мечникова к заключению, что, помимо микробов, должно существовать другое условие для развития заразных болезней. Оно заключается в предрасположении организма или в отсутствии невосприимчивости. Организм, заключающий один из вышеупомянутых патогенных видов, может обнаруживать по отношению к нему постоянную или временную невосприимчивость. Но, как только прекращается причина последней, микроб берёт верх и вызывает соответствующее заболевание.

Во все времена в среде медиков появлялись люди, которые указывали на роль внутренних для человека факторов в возникновении не только соматических, но также инфекционных заболеваний. И часто случалось, что эти медики отказывались от медикаментозной терапии и начинали лечить больных путём устранения внутренних причин заболеваний. В большей степени это касалось хронических форм соматических заболеваний. К внутренним причинам хронических заболеваний в первую очередь относили токсемию (накопление токсичных метаболитов в тканях внутренних органов), неправильное питание и функциональные нарушения, повлёкшие за собой токсемию.

Здесь нам хочется привести пример доктора Генри, имевшего пятидесятилетний опыт лечения и написавшего книгу «Лечение без лекарств». Это тот самый случай, когда врач начал заниматься исцелением, а не лечением, начиная с самого себя. Чем отличается исцеление от лечения? При лечении используются медикаменты и процедуры, воздействующие на проявление болезни. При исцелении устраняются причины болезни, а с проявлениями болезни организм справляется сам. Доктор Генри в начале своей медицинской деятельности сам был болен. Он страдал от астмы, имел заболевание почек и избыточный вес. В то время он практиковал по предписаниям ортодоксальной медицины и, естественно, испробовал всё, что она могла предложить. К его большому разочарованию, он не получил никакого облегчения. После встречи Генри с врачом, чьи революционные теории о причинах и борьбе с болез-

нями перевернули его представления, он нашел путь, по которому нужно было пойти. Он понял, что проблемы питания не могут быть разрешены приёмом лекарств. После серьёзных научных занятий он был уже в состоянии устранить все ошибки в диетах, которым он подвергался, и прекратить приём лекарств. Освободившись от двойного негативного эффекта загрязнённых продуктов и вредных лекарств, он освободился от своего хронического недомогания. Его вес упал со 103 до нормальных 75 кг.

Через год после интенсивных исследований он перестал выписывать лекарства своим пациентам. Его коллеги считали его ренегатом классической медицины и всё ждали, что он возвратится к лекарствам. Этого не произошло, так как он считал, что не существует ни одного специфического лекарства, ни для одной хронической болезни. Никакие чудодейственные препараты, расхваленные позорной рекламой, не могут совершить чудо. Основным методом лечения доктора Генри стала диетология. С помощью неё он излечивал 95% больных с артритом, являвшимися почти инвалидами. Изнурительные боли прекращались, а суставы начинали нормально функционировать уже через две недели.

Другим объектом лечения с помощью диетологии стали доброкачественные новообразования, которые после физиологического очищения полностью рассасывались за несколько месяцев. Лечение некоторых серьёзных хронических заболеваний длилось от года до трёх, но при этом пациенты выздоравливали полностью и оставались здоровыми в последующие годы, по некоторым наблюдениям до 30 лет. С начала своих исследований доктор Генри был убеждён, что принципы правильного питания могут без всякой помощи медикаментов не только лечить, но и предохранять от заболевания.

Основой лечебных диет доктора Генри являлись овощные супы – комбинация варёной фасоли, сельдерея, петрушки и некоторых других овощей, козье молоко, фруктовые и овощные соки. При язвенной болезни он назначал вместо супов растворённые в воде дрожжи, богатые витаминами. За три-четыре дня язвы затягивались. Конкретные диеты определялись индивидуально, исходя из состояния больного. В первые недели такой диеты больной, как правило, испытывает слабость и сильное желание вернуться к привычной диете. Если лечение диетой продолжается, неприятные сопутствующие состояния уходят, а на их место приходят ощущения лёгкости, бодрости и желание идти дальше по этому пути. После освобождения тела от токсинов режим питания становится менее строгий. Выздоровление начинается изнутри. Его совершает природа.

Здесь мы приведём отрывок из книги «Лечение без лекарств», который в большей степени характеризует взгляды доктора Генри на проблему хронических заболеваний.

Французский химик Луи Пастер занимает одно из ведущих мест в медицине. Он первый заявил, что болезни начинаются микроорганизмами. Но Генри был не согласен с его теорией о микроорганизмах, так как его личные исследования (и много других, сделанных раньше) показывают, что теория микроорганизмов не даёт объяснения причин многих заболеваний. Вопреки противоречивым доказательствам, многие врачи придерживаются теории микроорганизмов и считают медикаменты незаменимыми в борьбе с микробами. Они подчеркивают, что корь, дифтерит, брюшной тиф и пневмония уже побеждены. Это верно, и по этому вопросу им нельзя противоречить. Но непреодолимые хронические заболевания – рак, диабет, атеросклероз, нефрит, гепатит – остаются, и число заболевших ими людей увеличивается. Овладев смертоносными инфекционными заболеваниями с помощью антибиотиков и иммунизаций, научная медицина не смогла уменьшить убийственную силу таких же страшных заболеваний.

Вместо того, чтобы вслепую идти за Пастером (как это делали многие другие врачи), Генри считал, что микроорганизмы являются только сопровождающими элементами заболевания, что они находятся на постоянном посту в организме, но способны размножаться только в том организме, который страдает серьёзными функциональными нарушениями.

К высказыванию доктора Генри стоит добавить взгляды других врачей с мировым авторитетом. Томас Сиденгем, названный ещё «английским Гиппократом», выразил эту концепцию о болезни одной такой короткой фразой: «Болезнь есть не что иное, как усилие организма освободиться от болезнетворных веществ». Известный во всём мире патологоанатом Рудольф Вирхов писал: «Если бы я мог снова прожить свою жизнь, я бы посвятил её доказательству того, что микроорганизмы находят свой естественный дом – больную ткань, в то же время не являясь причиной болезни. Например, комары ищут место в застоялой воде, но они не являются причиной того, что вода в луже застоялась».

Доктор Генри изложил свою концепцию о причинах развития хронических и некоторых инфекционных заболеваний. Токсины являются реальными возбудителями болезней. Их нужно внимательно удалять, чтобы вернуть здоровье. И вот теперь мы уже знаем, что болезнь есть не что иное, как огромное усилие организма освободиться от болезнетворных (токсичных) веществ. Это заключение и является первым краеугольным камнем здоровья.

Это «огромное усилие» организма при сожжении отходов проявляется в повышении температуры. Изменения, которые наступают в органах (чаще всего неприятные), при использовании их в качестве вспомогательных выходов при этом удалении, составляют патологию или условия и ход болезни.

Печень и почки играют важную роль при этом удалении. Для печени естественный путь выделения проходит через кишки; для почек – через мочевой пузырь и мочеточники.

Когда печень воспалена и не может выполнять свои функции, отходы (токсины) остаются в крови. То же происходит при воспалении почек. Кровь должна освободиться от этих токсинов любой ценой. Для осуществления такого выброса организм прибегает к запасным путям. Лёгкие занимаются удалением некоторых отходов, которые могли пройти через почки, а кожа частично заменяет печень. Легко понять, что лёгкие не могут быть идеальными почками. От раздражения, причинённого удалением ядов через запасной путь, можно получить бронхит, пневмонию или туберкулёз, в зависимости от специфических свойств выделяемых токсинов. Также, если яды желчи выливаются в кровь и выходят через кожу, они вызывают многочисленные воспаления в форме катаров, прыщей, чирьев, угрей и т. д.

Следуя этому рассуждению, приходим к выводу, что заболевание зависит от перемен, которые происходят в органах, использованных в качестве запасных путей. После того как они повреждены токсичными отходами, бактериям становится легко атаковать эти ослабленные, повреждённые или мёртвые клетки.

Теперь мы сделаем несколько выводов из приведённой концепции.

Все хронические заболевания, включая инфекционные заболевания, начинаются с токсемии – сначала с пищевой, затем с функциональной и, наконец, с лекарственной.

Вывод первый: наличие инфекции не обязательно вызывает заболевание.

Здесь нам стоит проанализировать возможность излечения от действительно инфекционных заболеваний. В первой части главы мы говорили о росте заболеваемости туберкулёзом. Рост заболеваемости связывают с повышением резистентности к антибиотикам. Однако резистентность проявляется при лечении заболевания, но никак не в уровне заболеваемости. Правда, здесь стоит помнить о росте числа носителей инфекции. Вместе с тем, носители всегда имеются, но этого недостаточно для заражения других людей. Сегодня три четверти людей без определённого места жительства являются больными или носителями туберкулёза. В тюрьмах заболеваемость туберкулёзом в 50 раз выше. Это связано в большой степени с условиями содержания и питания, но в ещё большей степени это связано с подавленным состоянием психики. Но, несмотря на высокую концентрацию носителей туберкулёза и многократное инфицирование, заболевают немногие, а сама заболеваемость не носит характер эпидемии. Итак, вывод из всего этого: наличие инфекции не обязательно вызывает заболевание. Теперь мы вспомним историю Поля Брэгга. В молодом возрасте он был болен

тяжелой формой туберкулёза. Врачи считали, что он не доживёт до двадцатилетнего возраста. Однако он выздоровел, попав в руки врача-натуропата. Физиологическое очищение организма и правильное питание очистили лёгкие от токсинов и восстановили иммунитет. Заболевание ушло без лекарств.

Вывод второй: инфекционные заболевания провоцируются пищевой токсемией. Настоящая причина туберкулёза, как и многих других инфекционных заболеваний, лежит внутри организма, а не является следствием инфекционного фактора.

Вывод третий: очищение организма устраняет токсемию – главную причину, казалось бы, смертельных инфекционных заболеваний.

Вывод четвёртый и, по нашему мнению, самый важный: микроорганизмы размножаются только в том организме, который страдает функциональными нарушениями в работе главных физиологических систем, отвечающих за очищение и регенерацию тканей.

Вывод пятый: при функциональных нарушениях возрастает потребность организма в микроэлементах, витаминах и в незаменимых аминокислотах, а также в трех жирных кислотах – компонентах белков и мембранных структур наших тканей. Дефицит этих веществ препятствует восстановлению здорового состояния организма.

### **5.3.3. Причины хронических заболеваний, выделяемые натуральной гигиеной**

#### **5.3.3.1. Краткие сведения о Г. Шелтоне**

Прогрессивный американский врач-гигиенист, крупнейший представитель движения за натуральную гигиену, обладатель нескольких званий почетного доктора наук, Г. Шелтон родился в США. Впервые познакомился с принципами Натуральной Гигиены в 17 лет, живя в г. Гринвилл (штат Техас). Получил первоначальное образование в Интернациональном колледже врачей, не признающих лекарств, основанном в 1920 г. Б. Макфэдденом. В 1922 г. окончил Американскую школу натуропатии, затем аспирантуру в колледже хиропрактики Пирлесс (Чикаго).

С 1925 по 1928 г. работал в редакции журнала «Physical culture» (Физическая культура), созданного Б. Макфэдденом, и одновременно вел рубрику «Здоровье» в нью-йоркской газете «Evening graphic». В 1928 г. стал одним из основателей и совладельцем журнала «How to live» («Как жить»), заложившего основу для его будущего журнала «Hygienic review» («Гигиеническое обозрение»), который стал выходить ежемесячно с сентября 1939 г. В том же году Шелтон создал «Школу здоровья» в г. Сан-Антонио (штат Техас). Говоря о целях своего журнала, он писал: «Мы основали „Обозрение“ не для того, чтобы делать деньги, а для того, чтобы распространять правду о здоровье и вести борьбу за свободу от медицины». Девизом журнала было избрано изречение «Да будет истина, даже если низвергнутся небеса», вынесенное на обложку. «Гигиеническое обозрение» никогда не окупало расходов и тем не менее выходило ежемесячно без перерыва, даже в дни войны, когда финансовая помощь была небольшой – бумага была лимитирована.

В послевоенные годы Г. Шелтон и его сподвижники подвергались травле со стороны как ортодоксальной медицины, так и консервативных кругов штата Техас, известного своими реакционными нравами. Это было вызвано миллионными потерями фармацевтических корпораций и снижением доходов врачей. В начале 80-х гг. Шелтон был вынужден прекратить издание журнала и закрыть «Школу здоровья».

Шелтон – автор многочисленных работ по натуральной гигиене, которые переведены на немецкий, французский, испанский, шведский, греческий, турецкий языки, а также на языки хинди и иврит.

Вот как характеризует Шелтона его ближайшая помощница и активистка движения Вирджиния Ветрано: «Потребовался великий ум, чтобы синтезировать истинную науку о жизни из работ гигиенистов-пионеров. Нужны были подтверждения, правильные оценки плюс освобождение от ложных представлений, доставшихся от предшественников. Должен был появиться конструктивный целитель, который отделил бы истинное от ложного в прежних теориях и практике гигиены и синтезировал бы то, что сегодня известно как „Система гигиены“, или „Натуральная гигиена“. Фигура Шелтона, благодаря сиянию его истины, настолько возвысилась, что для учеников, больных, соратников и последователей он стал почти героем. Первые гигиенисты были пионерами. Доктор Шелтон превратил их мысли в последовательную науку, и скоро мир примет эти идеи. Над землей разгорается заря новой эры человеческого общества».

Итак, причины болезней с позиции натуральной гигиены.

### 5.3.3.2. «Итис» (по Г. Шелтону)

«Итис» – короткое греческое слово, ныне используемое в качестве суффикса и обозначающее «воспаление». Добавленное к названию какого-либо органа и части тела, оно указывает на воспаление этого органа или его части. Так, воспаление желудка – это гастрит, сустава – артрит и т. д. Поскольку склонностью медиков-нозологов (от «нозос» – болезнь, нозология – учение о болезнях и их классификации) является создание как можно большего числа наименований болезней, то семейство «-итис» возросло до огромных размеров.

Простому человеку, как и обычному врачу, трудно осознать тот простой факт, что воспаление захватывает объект независимо от места его расположения и что многие «-итис» не представляют такого же множества болезней. Ринит («рино» – нос) – это воспаление носовой полости, тоже катаральное состояние и тоже характеризуется секрецией и выделением большого количества слизи; ещё это называется катаром носа.

Колит – это просто катар толстого кишечника, метрит – воспаление матки, гастрит – воспаление желудка, ринит – катар носовой полости, синусит – катар синуса. Воспаление во всех этих органах возникает по одной причине. Различная локализация не требует также и различной причины воспаления.

Токсемия является причиной колита, равно как и ринита, гастрита, метрита, цистита, артрита и пр. Что такое токсемия? Это такое состояние крови и плоти, при котором организм переполнен метаболическими отходами – метаболитами. Это отравление организма (интоксикация), наступающее при воздействии самогенерируемых, самовоспроизводящихся ядов. Когда происходит перевозбуждение центров вегетативной нервной системы, секреция и экскреция задерживаются, и организм переполняется токсическими отходами своей жизнедеятельности. Токсемия является побочным результатом метаболизма – самогенерируемым и непрерывным. Нарушения в работе нервной системы, задерживающие выделение, могут возникнуть по любой иннервирующей причине или совокупности таких причин. Какая-то конкретная комбинация факторов, вызывающих иннервацию и задержку выделения в одном случае, может отличаться от иной комбинации иннервирующих факторов в другом. Не имеет значения, каковы эти факторы в каком-то частном случае, но именно задержанное выделение образует токсемию, и что токсемия, если дать ей развиваться, вызывает обилие симптомов заболевания.

Выделение есть фундаментальная функция жизни, столь же фундаментальная, как процессы пищеварения и ассимиляции.

Избавление от токсемии, восстановление нормальной нервной энергии и строгое соблюдение образа жизни, соответствующего законам бытия, – таково «лечение» слизистого колита и предотвращение рака. Устранение причины есть единственно разумный подход. Организм сам себя излечивает, если устраняется причина самовоспроизводства болезни. Нужно понимать, что во всех случаях можно достичь состояния, при котором органическое изменение столь велико, что исключает возможность возврата к нормальному состоянию. Чтобы восстановить здоровье, должна быть удалена причина до появления этого состояния.

### **5.3.3.3. Причины токсемии**

Токсемия – это присутствие в крови, лимфе, секретах и клетках такого вещества (из любого источника), которое, находясь в избыточном количестве, нарушает органические функции. Токсемия означает наличие слишком большого процента токсинов в тканях и жидкостях организма. В организме постоянно имеется какое-то количество токсинов. Они становятся врагами жизни лишь тогда, когда создаются условия для их накопления сверх нормы.

Токсины являются следствием обычного разрушения тканей организма в процессе жизнедеятельности. При нормальных процессах выделенные токсины удаляются сразу же после того, как они образуются. Это поддерживает кровь и лимфу в чистом и свежем состоянии, результатом чего и является здоровье. Если же выделение нарушено или заторможено, из-за чего токсины не удаляются из организма сразу же после образования, они накапливаются, вызывая токсемию, это и есть отравление организма его собственными накопленными отходами.

Эффективное выделение возможно при достаточном обеспечении организма нервной энергией. Нервная энергия (правильное управление со стороны автономной нервной системы. – Наш комментарий.) уменьшается вследствие любого действия, совершение которого превышает компенсаторную, или восстановительную, способность организма. Любой образ жизни, который вызывает уменьшение нервной энергии, т. е. иннервацию (дисфункцию нервного контроля со стороны автономной нервной системы. – Наш комментарий.), обязательно тормозит выделение, что и создает условия для отравления организма накопленными собственными отходами.

Под иннервацией имеется в виду состояние функциональной ослабленности и ослабление жизненной силы. Все функции различных органов человеческого организма находятся под контролем нервной системы и являются сильными или слабыми в зависимости от того, большим или малым объемом нервной энергии обладает организм. Обеспечение организма нервной энергией изменяется по объему ежедневно и ежечасно в зависимости от объема и характера нашей деятельности – умственной, эмоциональной, физической, физиологической, от характера окружающей нас среды. Нервная энергия расходуется при всех видах деятельности и восстанавливается и сохраняется в процессе сна и отдыха. При нормальных условиях природа дает организму возможность в процессе сна или отдыха полностью восстановить силы и энергию, затраченную в течение дня.

Но в современных условиях, когда каждый человек стремится к богатству, социальному престижу, власти и продвижению, мужчины и женщины игнорируют сигнал природы к отдыху, выражаемый усталостью, и подгоняют себя стимуляторами. И постепенно, с каждым днем, они утрачивают свои энергетические ресурсы, в результате чего понижается уровень их физиологической активности.

За иннервацией всегда следует нарушение функции. Функция ослабевает, что приводит к серьезным расстройствам. В результате уменьшения нервной энергии происходит ослабление в той или иной степени всех функций организма, при этом больше всего страдают слабые органы. Задержка выделения, неправильное пищеварение, нарушенные секреция

и экскреция, торможение деятельности желез и т. д. – всё это следствие нехватки нервной энергии. Очищение – это понятие, применяемое по отношению к физиологическим процессам, с помощью которых все отходы и токсичные вещества удаляются из клеток организма. Очищение организма – это средство поддержания чистоты его внутренней среды. Огромное значение этой чистоты можно оценить по тому факту, что подавление мочевыделения в течение пятидесяти двух часов приводит к смерти. Количество двуокси углерода, выделяемого из организма за день, при задержке его в организме хватило бы для того, чтобы многократно убить человека. Если перекрыть рану, прекратить ее очищение, наступает сепсис и вероятная скорая смерть.

Болезнь есть результат накопления токсичных отходов в тканях организма. При нарушении функций кишечника, почек, печени происходит аккумуляция аутогенных ядов. Данные органы находятся под контролем нервной системы, целостность которой и определяет их эффективность. Выделение – фундаментальная функция живого организма. И если этой функции не мешают вредные привычки человека, она будет адекватна функции поглощения. Организм начинает страдать от избытка токсинов лишь при нарушении выделения.

Иннервация снижает также способность организма усваивать пищу. Пища, подвергаясь распаду в желудочно-кишечном тракте, выделяет целый ряд вредных ядов, попадающих в кровотоки и отравляющих клетки и ткани организма. Отравление происходит значительно чаще по причине неусвоения пищи, и необязательно плохой, нежели по другим причинам. Пищеварительные соки здорового человека способны разрушать токсины, образующиеся в пищеварительном тракте. Но вследствие привычки к перееданию, неправильного сочетания пищи, её поспешного приема, плохого пережевывания, приема пищи при лихорадке или дискомфорте пищеварительные органы слабеют, а их секреция так нарушается, что больше не в состоянии защищать организм. Они утрачивают свои иммунные способности и допускают возможность отравления. Наконец, наступает время, когда систематическое отравление превышает норму, сопротивляемость организма падает, естественный иммунитет подавляется и наступает острое заболевание.

Распад углеводов (ферментация) и белков (гниение) порождает разные токсины и вызывает разные болезни. Самые ядовитые токсины образуются при распаде белков. Если с этим не бороться, белковое отравление ведет к дистрофии тканей, ибо лишает организм возможности его конструктивного физиологического развития.

## **Глава 6. Современный взгляд на причины сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний**

### **6.1. Структура питания и заболевания**

Известно, что показатели заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных опухолей значительно отличается в различных географических регионах. Например, заболеваемость раком желудка очень высока в Японии, Корее, Китае и низка в Северной Америке. В то же время заболеваемость злокачественными опухолями толстой кишки, молочной железы, простаты низка в странах Юго-Восточной Азии и высока в Северной Америке и Западной Европе.

Экологические исследования показали, что потребление жиров, а особенно животных жиров, мяса и молока на душу населения и количество потребляемых калорий положительно коррелирует (имеет доказанную математически связь) с заболеваемостью раком толстой кишки, молочной железы, матки и простаты.

Ограниченное потребление калорий, а также насыщенных жиров животного происхождения ингибирует (тормозит) процесс канцерогенеза (развития рака), индуцированного химическими канцерогенными веществами в экспериментах на лабораторных животных.

Снижение потребления жиров приводит к снижению уровней гормонов эстрогена и эстрадиола у женщин детородного возраста. У женщин в менопаузе снижение потребления жиров с 40% до 20% потребляемых калорий привело к выраженному (на 17%) снижению концентрации в плазме крови общего эстрадиола. Потребление жиров влияет также на концентрацию мужского полового гормона, тестостерона. Показано, что концентрация в крови тестостерона достоверно коррелирует с потреблением жиров. Например, концентрация в крови тестостерона значительно выше у американских африканцев, чем у африканцев, проживающих в Африке. У последних значительно ниже и потребление жиров. В то же время заболеваемость раком простаты значительно выше у американских африканцев.

Потребление животных жиров повышает концентрацию вторичных жирных кислот, которые являются промоторами канцерогенеза (вещество, способствующее развитию рака) у лабораторных животных. Кроме того, жиры стимулируют образование в толстой кишке фекапентанов и фекальных стеролов – веществ, обладающих мутагенным действием.

В большинстве эпидемиологических исследований было выявлено, что риск заболевания раком толстой кишки, молочной железы, простаты повышен у людей с высоким потреблением животных жиров, говядины, свинины, баранины и колбасных изделий. Риск возникновения рака этих органов зависит от соотношения потребления мяса к потреблению птицы и рыбы, т. е. чем выше потребление мяса по сравнению с потреблением птицы и рыбы, тем выше риск рака этого органа.

Углеводы наряду с жирами являются важным источником калорий. В продуктах питания углеводы представлены в виде крахмала, сахаров и других полисахаридов, большая часть которых составляет так называемую клетчатку. Основным источником крахмала являются злаки (хлеб), крупы, картофель, горох, бобы. Клетчатка является неотъемлемым компонентом растительной пищи, овощей, фруктов и нерафинированных (неочищенных) круп.

Гипотеза о защитной роли клетчатки была сформулирована английским врачом П. Беркиттом, изучавшим разновидность лимфомы, названной впоследствии его именем, на основании наблюдений в Африке, где заболеваемость раком толстой кишки низка, а потребление продуктов питания с высоким содержанием клетчатки высоко. Предполагается, что у людей,

потребляющих много клетчатки, увеличен объем каловых масс, что ведет к снижению в толстой кишке концентрации канцерогенных веществ.

Клинические метаболические исследования показали, что добавление к ежедневному рациону 10—13 граммов целлюлозы или клетчатки зерновых значительно снижает концентрацию в кале вторичных жирных кислот, их метаболическую и мутагенную активность. Большинство аналитических эпидемиологических исследований подтвердили гипотезу о протективном (защитном) эффекте клетчатки.

Защитное влияние потребления овощей и фруктов против развития злокачественных опухолей у человека доказано для рака полости рта и глотки, гортани, пищевода, легкого, желудка, ободочной и прямой кишки. Выраженным защитным эффектом обладают лук и чеснок. Антиканцерогенный эффект чеснока можно объяснить его бактерицидными свойствами, в частности, против бактерии хеликобактер (*Helicobacter pylori*), инфицированность которой является известным фактором риска рака желудка.

Овощи и фрукты содержат активные вещества, которые в эксперименте на лабораторных животных ингибируют развитие опухолей. К ним в первую очередь относятся витамины С, Е, бета-каротин, селен, обладающие антиоксидантными свойствами, витамин А, фолиевая кислота, а также фитоэстрогены (изофлавинолы), флавоноиды, такие как кверцетин, индолы и т. д. Ингибирующий канцерогенез эффект витаминов и минералов показан в экспериментах на животных. В большинстве аналитических эпидемиологических исследований также выявлен защитный эффект потребления в пищевом рационе витаминов А, Е, С, бета-каротина и фолиевой кислоты против развития большинства форм злокачественных опухолей.

Изменение типа питания в сторону увеличения потребления овощей, зелени и фруктов и снижения потребления жира, особенно животного происхождения, и пищи, богатой жиром, приведет к снижению заболеваемости злокачественными опухолями. Это подтверждается опытом некоторых стран, подвергшихся экономической блокаде (см. описанный выше эксперимент доктора Хиндхеда).

Программа «Европа против рака», как и многие другие аналогичные программы, рекомендует ежедневно потреблять больше различных овощей и фруктов: есть в день как минимум 5 порций (не менее 400 г), ограничить потребление жиров животного происхождения.

## **6.2. Неправильное питание – основной фактор смертности от сердечно-сосудистых заболеваний**

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) за последние 50 лет стала лидирующей в списке причин, определяющих среднюю продолжительность жизни человека в развитых странах. От этих заболеваний умирает каждый второй человек. Анализ динамики смертности от сердечно-сосудистых заболеваний за последние 50 лет выявил очень важные тенденции, позволяющие в значительной степени управлять продолжительностью жизни человека. Мы использовали статистические данные, относящиеся к периоду стабильного развития общества в развитых странах в отсутствие экономических и политических кризисов, а также крупных военных конфликтов.

Анализ проводился для двух возрастных групп: от 55 до 64 и от 65 до 74 лет. По данным статистического ежегодника ВОЗ, в начале 90-х годов прошлого века наименьшая смертность от ССЗ наблюдалась в Японии. Далее по списку следовали Франция, Гонконг, Мексика, Испания, Канада, Швейцария, Италия, Австралия, Чили, Бельгия, Греция, Исландия, Португалия, Израиль, Корея, США. Российская Федерация находилась на 55-ом месте, уступая 8-ми бывшим республикам СССР (Kesteloot H. et al., 1988, Kesteloot H., 1998). Смертность от ССЗ в Российской Федерации в возрастной группе от 55 до 64 лет была в 6,84 раза выше для мужчин и в 6,40 раза выше для женщин по сравнению с Японией. Смертность

от ССЗ в Российской Федерации в возрастной группе от 65 до 74 лет была в 5,51 раза выше для мужчин и также в 5,51 раза выше для женщин по сравнению с Японией. Процент числа смертельных исходов от ССЗ в России по отношению к общему числу смертей в Японии составляет 3,94 раза для мужчин и 3,96 раза для женщин в возрастной группе от 55 до 64 лет, 3,34 раза для мужчин и 2,94 раза для женщин в возрастной группе 65 лет – 74 года. В Российской Федерации он составляет 2,15 раза для мужчин и 1,95 раза для женщин в возрастной группе от 55 до 64 лет, 1,71 раза для мужчин и 1,49 раза для женщин в возрастной группе от 65 до 74 лет. Эти показатели говорят о том, что, во-первых, общая продолжительность жизни в Российской Федерации значительно ниже, чем в Японии (в среднем на 10 лет), а, во-вторых, что сердечно-сосудистые заболевания в нашей стране начинаются значительно раньше и от них умирает почти в 2 раза больше людей, чем в Японии.

Пятидесятилетнее наблюдение за статистикой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (а именно: с 1950 г. по 1994 г.), выявило факторы, влияющие на заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями. Общим для всех стран, за исключением Венгрии, стало снижение общей смертности как мужчин, так и женщин в обеих возрастных группах, т. е. 55 лет – 64 года и 65 лет – 74 года. В среднем смертность в этих возрастных группах снизилась в 1,5 раза. Это, с одной стороны, объясняется общим для большинства стран увеличением продолжительности жизни, а с другой стороны, это связано с увеличением смертности в данных возрастных группах от онкологических заболеваний. Рост смертности от онкологических заболеваний. смертности женщин и также небольшое увеличение смертности мужчин при общем увеличении смертности от онкологических заболеваний наблюдался во всех странах. Только в Венгрии наблюдалось лишь небольшое снижение смертности женщин и также небольшое увеличение смертности мужчин от сердечно-сосудистых заболеваний при общем увеличении смертности от онкологических заболеваний.

Один из основных вопросов – как объяснить значительные различия в уровне смертности в разных странах? Другой вопрос – как использовать статистические данные по динамике смертности за последние 50 лет при разработке рекомендаций для увеличения продолжительности жизни человека? Прежде всего, анализ статистики определил влияние ряда факторов нашей жизни на продолжительность жизни.

Уровень медицинского обслуживания населения. Смертность в Испании, Греции и Албании ниже, чем в США и Шотландии, хотя уровень медицинского обслуживания значительно ниже.

Генетические факторы. Все изменения смертности, произошедшие за последние 50 лет, никак не связаны с генетическими факторами, поскольку это слишком короткий период для генетических изменений в популяции.

Курение – основной фактор риска рака легких и одна из основных причин сердечно-сосудистых заболеваний в западных странах. Американское противораковое общество определяет курение как второй по значимости фактор в развитии рака (30%).

Однако в таких странах, как Япония, Греция и Куба, где процент курящих самый высокий в мире, общая смертность невелика. Курение, прежде всего, оказывает неблагоприятное влияние в тех странах, население которых употребляет большое количество насыщенных жиров (Kesteloot H. at al., 1988).

Физическая активность. Отсутствуют данные о том, что физическая активность японцев, имеющих значительно большую продолжительность жизни по сравнению с венграми, выше, чем венгров. Однако в странах с большей долей физического труда (Албания, Китай) смертность ниже, чем в технологически развитых странах (США).

Стресс. Для Гонконга и Японии характерен высокий уровень стресса, но смертность в этих странах невелика.

Социально-экономические факторы. Согласно сложившимся представлениям низкий социально-экономический уровень способствует снижению продолжительности жизни. Лица, принадлежащие к этим группам, не имеют полноценного и правильного питания, среди них много людей с избыточным весом, они курят много дешевых сигарет и злоупотребляют алкоголем. Тем не менее, смертность в некоторых странах с низким доходом на душу населения (Албания, Китай) оказывается достоверно ниже, чем в гораздо более богатых странах.

Питание. Доказано, что характер питания достоверно связан со смертностью от ишемической болезни сердца, инсультов, цирроза печени и онкологических заболеваний. Показано, что некоторые факторы питания способствуют повышению смертности (насыщенные жиры, поваренная соль), а другие способствуют долголетию человека (полиненасыщенные жирные кислоты, особенно омега-3, жирные кислоты, калий, магний, селен, фрукты, овощи, антиоксиданты). Алкоголь может оказывать как положительный, так и отрицательный эффект (в зависимости от дозы и вида напитков). Питание является самым значимым фактором, влияющим на продолжительность жизни. Питание может снижать вред от неблагоприятных факторов и усиливать действие благоприятных факторов жизни человека. Существуют несомненные доказательства влияния структуры и количества пищи на развитие хронических и онкологических заболеваний. Американское противораковое общество определяет неправильное питание как самый значимый фактор в развитии рака (33%).

Дефицит микроэлементов. Увеличение смертности от сердечно-сосудистых болезней наблюдается при общем дефиците микроэлементов. Например, самая высокая смертность от ишемической болезни сердца отмечается в северных районах Великобритании и северо-восточном районе Финляндии, где преобладают подзолистые почвы с дефицитом микроэлементов. Загрязнение окружающей среды, прежде всего почв, является одной из причин роста сердечно-сосудистых заболеваний: ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, артериальной гипертонии, пороков сердца.

### **6.3. Питание и продолжительность жизни**

Питание влияет на многие важнейшие биологические характеристики организма, в частности на продолжительность жизни, старение, время оптимального функционирования физиологических систем (Фролькис В. В., Мурадян Х. К., 1988).

Имеются серьезные основания предполагать, что диета играет важную роль в поддержании психического статуса лиц пожилого возраста.

Одной из наиболее общих закономерностей, продемонстрированной рядом исследователей в экспериментах на млекопитающих разных видов, является резкое увеличение продолжительности жизни при ограничении потребления пищи. Например, у крыс средняя продолжительность жизни при ограниченном потреблении пищи увеличивается на 50%, а иногда и более по сравнению с контрольными животными.

С одновременным изменением структуры питания в сторону снижения доли белков до 4—8%, применением сорбентов и антиоксидантов средняя продолжительность жизни экспериментальных животных увеличивалась вдвое, а максимальная продолжительность жизни – на 60% (обзор: Фролькис В. В., Мурадян Х. К., 1988).

Большой интерес представляют наблюдения В. Н. Никитина (1984), показавшего, что при ограничении диеты меняется гормональное зеркало организма, повышаются уровни кортикотропина и кортикостерона в крови и заметно снижаются уровни тиреотропина, тироксина и инсулина. Интересно, что животные с ограничениями в питании значительно дольше сохраняют способность к спариванию (обзор: Фролькис В. В., Мурадян Х. К., 1988).

Показано также, что при нормальной по объему диете, но при уменьшенном содержании белка также наблюдается значительное увеличение продолжительности жизни. Не только общий уровень белка, но и уровень отдельных аминокислот может влиять на продолжительность жизни. Безбелковая диета, напротив, приводила к снижению продолжительности жизни экспериментальных животных в 5 раз. Однако этот вопрос до настоящего времени исследован крайне недостаточно. Известны лишь отдельные факты, представляющие большой интерес. Так, двух- и трехкратное уменьшение триптофана в рационе приводит к заметному удлинению сроков жизни подопытных животных. Уместно напомнить, что триптофан является предшественником одного из важных физиологически активных веществ – серотонина.

Существуют данные, свидетельствующие о том, что диета с уменьшенным содержанием насыщенных жирных кислот и холестерина привела к снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний лиц разного возраста, включая пожилых, в США, Канаде и Австралии (Konnel, 1988). Вместе с тем недавно высказано мнение об ошибочном рассмотрении отдельных пищевых продуктов как гиперхолестеринемических и атерогенных, т. е. способствующих развитию атеросклероза. Имеется ряд наблюдений, демонстрирующих значительный положительный эффект ограничения питания человека.

Однако в настоящее время нет доказательств тому, что увеличение продолжительности жизни, достигнутое ограничениями в питании, не приводит к снижению некоторых важных функциональных характеристик организма. Более того, наблюдения над животными, подвергнутыми пищевой рестрикции, демонстрируют, что в их поведении имеется ряд отклонений, которые следует охарактеризовать как отрицательные. Необходимо заметить, что множественность эффектов пищи делает затруднительной, а во многих случаях и невозможной однозначную оценку определенного варианта питания. Наука пока не может взять на себя ответственность за формирование варианта питания для здоровья и долголетия и, соответственно, не готова дать рекомендации, применимые для каждого человека. В связи с этим пожилым людям по-прежнему предлагается придерживаться привычного рациона.

Вместе с тем, существуют различные школы питания, задачами которых являются здоровье и долголетие. Каждая из школ руководствуется совершенно различными принципами питания. В первую очередь они предлагают варианты лечебного и оздоравливающего питания, часто полагая, что это одновременно и питание для достижения долголетия. Это вегетарианство, сыроедение, питание овощами, питание плодами растений, молочное питание. Ещё больше существует лечебных диет и методик лечебного голодания. С переменным успехом этим школам удаётся излечивать отдельные хронические заболевания, но не у каждого человека. Здесь очень велики индивидуальные особенности человека и специфичность его заболевания. Научные основания этих школ либо отсутствуют совсем, либо имеют определённые философские, религиозные тенденции или используют далёкие от системного анализа результаты опыта отдельных людей, удачно избавившихся от тяжелых заболеваний. При этом «лечебное питание» вовсе не означает, что это питание сможет обеспечить долголетие человека. С другой стороны, имеется положительный опыт отдельных стран, наций и народностей, от нескольких лет до нескольких веков, показывающий возможность достижения здоровья и долголетия в масштабах целой нации. Наконец, существует древняя восточная чисто эмпирическая система питания для здоровья и долголетия – макробиотика (*макро* – много, *биотика* – жизнь) – питание для долгой жизни.

Результаты экспериментов по достижению долголетия на людях нам известны благодаря энтузиастам – исследователям, среди которых имеются ученые с мировой известностью: Н. Амосов, Б. Болотов, Г. Шаталова и др., а также те, кого жизнь заставила выживать, и им пришлось разработать собственные системы здоровья или заново возродить тради-

ционные народные системы оздоровления. Это всемирно известные учителя по здоровью и долголетию – Джон Озава, Митио Куси, Кацудзо Ниши.

Таким образом, проблема влияния пищи на продолжительность жизни очень сложна и ещё ждет своего решения. И только знания по физиологии, трофологии и знание мирового опыта позволят каждому человеку, идущему по пути здоровья и долголетия, найти свою систему здорового питания. Итак, что же является правильным питанием для человека?

## 6.4. Микроэлементы, витамины и незаменимые аминокислоты

Редкие и рассеянные химические элементы (микроэлементы) играют большую роль в нашей жизни. Поступление микроэлементов в живые организмы осуществляется в системе почва – растения – животные – человек. При этом человек получает микроэлементы как с животной, так и с растительной пищей.

Элементы, содержащиеся в организмах в очень небольших количествах ( $10^{-3}\%$  и меньше), принято называть микроэлементами. Этот термин условный, так как содержание некоторых из них в организмах может достигать  $10^{-2}$ — $10^{-4}\%$ . Впервые на особую роль микроэлементов в биологических процессах указал основатель отечественной геохимии академик В. И. Вернадский. Он отметил, что состав почв не случаен, а находится в тесной связи с составом других частей биосферы. Постоянно и не случайно присутствуют микроэлементы в растительных и животных организмах. В. И. Вернадский создал учение, согласно которому химические элементы косной и живой материи связаны, а ряд элементов жизненно необходим любому живому организму.

В живых организмах микроэлементы входят в состав ферментов, гормонов, витаминов и других жизненно важных соединений. Обычно считают, что в таких соединениях участвуют около 30 микроэлементов. Ферменты – это катализаторы биологического происхождения, которые осуществляют биохимические реакции, а активность ферментов регулируется микроэлементами, хотя известны случаи, когда активация ферментов возможна как микроэлементами, так и макроэлементами. Ниже приведены примеры ферментов, в которых как микроэлементы, так и макроэлементы выполняют сходные функции.

Фермент Макроэлементы и микроэлементы,  
активирующие фермент

Карбоксилаза  $Mn^{2+}$ ,  $Co^{2+}$ ,  $Si^{2+}$ ,  $Fe^{2+}$ ,  $Ca^{2+}$ ,  $Zn^{2+}$

Полипептидаза  $Zn^{2+}$ ,  $Co^{2+}$

Аминопептидаза  $Mg^{2+}$ ,  $Mn^{2+}$

Лецитиназа  $Ca^{2+}$ ,  $Mg^{2+}$ ,  $Co^{2+}$ ,  $Zn^{2+}$ ,  $Mn^{2+}$

Аргиназа  $Co^{2+}$ ,  $Mn^{2+}$ ,  $Ni^{2+}$ ,  $Fe^{2+}$

Экспериментально доказано, что микроэлементы необходимы для многих важнейших биохимических процессов, недостаток микроэлементов замедляет эти процессы и даже останавливает их. Для белкового, углеводного и жирового обмена веществ необходимы Mo, Fe, V, Co, W, B, Mn, Zn; в синтезе белков участвуют Mg, Mn, Fe, Co, Cu, Ni, Cr; в цветении – Co, Si, Mn, Ni, Zn; в дыхании – Mg, Fe, Si, Zn, Mn, Co.

Наблюдаются нарушения жизнедеятельности организмов, вызванные либо недостатком, либо избытком химических элементов, которые находятся выше или ниже пороговой чувствительности для данного рода, вида, популяции за счет естественных или антропогенных факторов. В конечном итоге это приводит к возникновению различных болезней растений, животных и человека.

Во многих странах те или иные болезни (зоб, кариес, флюороз, мочекаменная болезнь, анемии, аллергии) широко распространены в определенных географических ландшафтах. Установлено, что причины этих болезней – недостаток или избыток поступления одного или нескольких элементов с пищей. Например, эндемический зоб с давних пор связывают с биогеохимическими особенностями географических ландшафтов: низкое поступление в пищевую цепь йода вызывается малодоступными его формами. В почве йод прочно связывается гуминовыми веществами.

Действие многих химических элементов (кобальт, марганец, свинец и др.) может ослаблять усвоение йода, либо способствовать ему. Недостаточное поступление йода, кобальта и высокое марганца оказывает неблагоприятное воздействие на щитовидную железу человека и животных. При недостатке йода в организме человека и животных происходит нарушение функции щитовидной железы вплоть до появления зоба. Чем меньше йода в почвах и водах, тем сильнее население поражается зобной болезнью. При дефиците фтора и молибдена развивается кариес зубов у человека, при избытке – флюороз (разрушение зубной эмали). При избыточном поступлении молибдена с пищей (в районах рудных месторождений) человек болеет эндемической подагрой или молибденовым токсикозом.

Медико-биологические исследования свидетельствуют о том, что не только эндемические заболевания имеют территориальные принципы распространения. Такие заболевания как атеросклероз, желудочно-кишечные, сердечно-сосудистые, эндокринные, сахарный диабет, костно-суставные, также ограничены территориально. Эти болезни в той или иной мере обусловлены количественным содержанием одного или группы химических элементов, находящихся в окружающей среде. Из неинфекционных болезней наиболее часто связывают с химическим составом отдельных объектов или компонентов биосферы уролитиаз (мочекаменная болезнь); из сердечно-сосудистых – атеросклероз, кардиосклероз, реже ишемическую болезнь сердца; из желудочно-кишечных болезней – колиты, язвы, холециститы и другие болезни. В одних случаях болезни обусловлены недостатком, в других – избытком одного или же нескольких элементов в одном объекте или во всей биогеохимической цепи, в третьих случаях, дисбалансом химических элементов во всей пищевой цепи, реже в отдельных объектах (компонентах) биосферы.

В работах многочисленных исследователей показана зависимость между химическим составом почв и частотой различных заболеваний среди населения. Баланс микроэлементов в окружающей среде через воду и продукты питания отражается на балансе микроэлементов в человеческом организме.

Известно, что химизм среды оказывает существенное влияние на жизнь организма, а особенности химического состава среды – причина многих патологических состояний человека и животных.

В развитии сердечно-сосудистых заболеваний сказывается недостаток микроэлементов: хром, кобальт, медь, йод, марганец, молибден, никель, ванадий, цинк. В США смертность от сердечно-сосудистых болезней коррелирует с типами почв, которые резко различаются по содержанию в них микроэлементов. Более высокая смертность от сердечно-сосудистых болезней наблюдается при общем дефиците микроэлементов.

Исследования свидетельствуют о влиянии микроэлементного состава почв на распространение заболеваний среди населения. Например, установлена положительная корреляционная связь между содержанием в почве стронция и распространением гипертонической болезни; стронция, титана, хрома, никеля – ишемической болезни сердца (ИБС). Установлена также прямая зависимость между содержанием йода в почвах и распространением облитерирующего эндартериита (заболевания кровеносных сосудов), стронция – болезни крови и кроветворных органов.

Промышленные загрязнения окружающей среды вносят серьёзный вклад в ухудшение здоровья населения. Исследования, проведенные в Сибири, продемонстрировали, что загрязнение окружающей среды, прежде всего почв, является одной из причин роста сердечно-сосудистых заболеваний: ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, артериальной гипертонии, пороков сердца.

Многие исследования свидетельствуют о влиянии металлов на развитие различных заболеваний органов пищеварения у человека. Избыток таких микроэлементов, как кобальт, медь, марганец, цинк, играет главную роль при патологии органов пищеварения и печени. Хром, кобальт, никель, цинк, кадмий обладают канцерогенным действием. Повышенное содержание в среде обитания (почва, вода, пищевые продукты) цинка и молибдена увеличивают частоту поражения населения раком желудка и пищевода.

Недостаток микроэлементов является столь же важным фактором для здоровья человека, как их недостаток. Например, рак желудка и легкого наиболее часто встречается среди жителей населенных пунктов, расположенных на слабокислых почвах, бедных железом, кобальтом и цинком. Если при недостаточном поступлении цинка в организм человека возможны развитие карликовости, замедление полового созревания, поражения кожи, слизистых оболочек, дерматиты, облысение, паракератозы, то при его избытке развиваются анемии. Недостаток лития способствует маниакально-депрессивным психозам, шизофрении и другим психическим заболеваниям. Селен положительно влияет на состояние сердечно-сосудистой системы, образование красных кровяных телец, повышает иммунные свойства организма. Чем неудовлетворительнее биогеохимическая обстановка, тем раньше и тяжелее заболевает человек (по статье П. А. Протасовой «Микроэлементы: биологическая роль, распределение в почвах, влияние на распространение заболеваний человека и животных»).

Биогеохимическая ситуация, усложняемая техногенным загрязнением и неправильным питанием с точки зрения поступления в организм микроэлементов, сказывается на здоровье и на продолжительности жизни людей. За доказательствами и разъяснениями по данному вопросу мы обратимся к специалисту по применению минералов и микроэлементов с мировым именем – доктору Уоллоку.

Доктор Уоллок очень популярен в Америке. В 1991 году он был выдвинут на соискание Нобелевской премии. Мы приводим выдержки из его лекции «Умершие доктора не лгут» (2000 г.), которую в полном виде можно найти в интернете. Доктор Уоллок на основе многочисленных наблюдений над больными дает ряд рекомендаций по лечению различных, широко распространённых заболеваний путём употребления микроэлементов, витаминов и минералов. Спор между доктором Уоллоком и врачами – специалистами по питанию, отвергавшими важность витаминов и микроэлементов и рано покинувшими этот мир, – мы опустим и сохраним только суть его концепции.

Средняя продолжительность жизни американцев сегодня 75,5 лет, а продолжительность жизни врача 58 лет. Так что если вы хотите отвоевать у жизни 20 статистических лет, не поступайте в медицинскую школу.

Если у человека есть возможность предотвратить болезнь, в особенности неизлечимую, он должен этой возможностью обязательно воспользоваться.

Исследуя причины смерти людей и животных, Уоллок произвел 17500 вскрытий и пришел к следующему выводу: каждое животное и человек, умершие якобы естественной смертью, умирают от неполноценного питания, т.е. от дефицита питательных веществ.

Человеку необходимо 90 пищевых добавок: 60 минералов, 16 витаминов, 12 основных аминокислот и 3 основных жирных кислоты. Всего 90 добавок к ежедневной диете, иначе у человека разовьются заболевания, вызванные их дефицитом. Уоллок написал 75 научных статей и трудов, 8 учебников совместно с другими авторами и одну книгу самостоятельно.

Генетический потенциал продолжительности жизни человека составляет 120—140 лет. В настоящее время можно насчитать лишь 5 народностей, представители которых доживают до возраста 120—140 лет на Востоке, Тибете и в Западном Китае. Старейшим человеком, согласно имеющимся там данным, хотя я допускаю, что имеются некоторые преувеличения, был доктор Ли Цинъюнь из Китая, родившийся в Тибете. Когда ему было 150 лет, он получил от императорского китайского правительства особый сертификат, удостоверяющий, что ему действительно 150 лет, а родился он в 1677 году. Когда ему исполнилось 200 лет, он получил вторую грамоту. Документы свидетельствуют, что умер он в возрасте 256 лет (по другим источникам – 252 года). В 1933 году, когда он умер, о нем писали в «Нью-Йорк таймс», «Лондон таймс», где всё было довольно хорошо подтверждено документами. В восточном Пакистане жила группа людей, которых называли богазами (хунзы – прим. автора). Эти люди тоже известны как долгожители. Они жили 120—140 лет.

Доктор Уоллок даёт рекомендации по витаминотерапии и устранению дефицита микроэлементов. Вот некоторые из них.

**Артрит.** С сентября 1993 г. в медицинской школе Гарварда и Бостонской больницы проводилось лечение куриным протеином больных с распухшими в результате артрита суставами. Выбирались больные, состояние которых не улучшалось в результате медикаментозного лечения артрита. Уоллок произвел небольшой эксперимент. Добровольцев на этот эксперимент согласилось 29 человек. Эти 29 человек, у которых все возможности медицины были исчерпаны, а улучшения так и не наступило, подверглись следующему лечению: им давали каждое утро чайную ложку с верхом размельченного куриного хряща, разведенного в апельсиновом соке. И через 10 дней, по наблюдению медицинской школы в Гарварде, все болевые воспаления и ощущения исчезли, через 30 дней они уже могли позволить себе кое-что, а через 3 месяца функции суставов полностью восстановились.

**Камни в почках.** Скажите, от чего, прежде всего, вам доктор велел отказаться в питании? От кальция. И никаких молочных продуктов, никаких продуктов, содержащих кальций. Потому что существовала уверенность, что кальций в почках появляется из кальция из продуктов, которые вы употребляете в пищу.

На самом деле, камни в почках происходят из ваших собственных костей. Когда вы испытываете дефицит кальция, вот тогда вы имеете камни в почках. Тысячу лет назад знали, что для того, чтобы предотвратить появление камней в почках домашних животных, им нужно побольше давать кальция, магнезии и бора. Но быки, бараны, молочный скот, овцы имеют такую анатомию, что когда они заболевают этой болезнью, они просто умирают. Когда же у нас появляются камни в почках, от боли остается только жалеть, что ты не можешь умереть.

Было изучено более 40000 пациентов, которые были разделены на 5 категорий. В группе, получавшей наибольшее количества кальция, ни у кого не было камней в почках.

**Аневризма.** Это распухание ослабленной артерии из-за утери эластичности ткани. В 1957 году мы узнали, что причиной аневризмы является дефицит меди в организме. Мы работали тогда над проектом, по которому мы наблюдали 200 тыс. индеек. Им давали специальный рацион, в который были включены 90 питательных веществ. И в первые 13 недель ровно половина индеек умерли. При вскрытии у 125 тысяч индеек обнаружилось, что они умерли от аневризмы. Увеличив вдвое количество меди в рационе питания, фермеры вырастили 500 тысяч индеек, и ни одна из них не пала в результате аневризмы.

Этот эксперимент был произведен на мышках, кошках, собаках, коровах, свиньях и ещё не знаю на каких животных. И мы пришли к мнению, что именно дефицит меди является причиной заболевания.

**Преждевременная седина** – первый признак, что у вас дефицит меди в организме. Причем кожа сморщивается, потому, что нарушается эластичность тканей, появляются

круги под глазами, линии на лице, и вы становитесь похожи на высушенный чернослив. Кроме того, существует такая проблема, как варикозное расширение вен, причиной которого является нарушение эластичности тканей, все ваше тело начинает провисать, на руках, груди, животе, на щеках повисает кожа, и вы идете к косметологу и прибегаете к пластической операции. На самом же деле гораздо дешевле, практичнее и безопаснее, если вы будете принимать минералы.

**Кардиомиопатия.** Причиной является дефицит селена. Некоторые фермеры просто приходят в магазин, где продаются корма, и покупают селен в инъекциях или в таблетках для своих животных, чтобы предотвратить это заболевание.

**Диабет.** Дефицит хрома и ванадия приводит к низкому содержанию сахара в крови. Если не обращать внимание на это, разовьется всем известное заболевание, называемое диабет.

**Облысение.** Дефицит олова в организме проявляется в таком распространенном явлении, как лысина у мужчин, и у многих здесь присутствующих очевидный дефицит олова. И если этот дефицит долго не восполнять, развивается глухота.

**Остеопороз.** Дефицит бора в организме. Женщины должны уважать и знать бор. Он помогает сохранять в костях кальций, чтобы предохранять вас от остеопороза. Бор помогает выработке эстрогена, а мужчинам выработке тестостерона. Если не принимать достаточное количество бора, вы, женщины, будете очень страдать во время менопаузы, испытывая все неприятные для этого периода ощущения. А мужчинам при нехватке тестостерона и вовсе придется туго. Им грозит преждевременная импотенция.

Итак, несмотря на то, что это теоретически возможно, практически мало кто из нас получает нужное количество витаминов, аминокислот, жирных кислот в нужном соотношении в своей диете. И поэтому каждый человек должен сам позаботиться, чтобы принимать достаточное количество витаминов, аминокислот, жирных кислот, потому что, если этого не сделать, дожить до 120 или 140 лет невозможно.

В чем же состоит проблема? Это минералы. С ними связана просто трагическая история, потому что сельскохозяйственные растения больше не содержат минералы ни в каком виде. Их нет в почве, их нет и в самих растениях.

И причина заключается в том, что фермеры удобряют почву натрием, фосфором и калием. Три компонента в различных сочетаниях и соотношениях. И никто не заставит фермера добавлять в почву еще 60 минералов, потому что от них не зависит количество урожая. Поэтому, каждый раз собирая урожай, т. е. растения, высасывающие из почвы минералы, вы тем самым лишаете почву этих самых минералов. И можно сказать, что наше с вами здоровье тоже на грани катастрофы, потому что больше нет минералов в нашей почве и продуктах питания, и поэтому мы с вами, все вместе и каждый в отдельности, несем полную ответственность за свое здоровье и сознательное дополнительное употребление минералов.

Дефицит кальция является причиной примерно 147 различных заболеваний.

**Остеопороз.** Это заболевание занимает 10 место по смертности среди взрослого населения. Заболевание это очень дорогостоящее.

**Артрит.** 85% артритов вызвано остеопорозом суставных окончаний костей. Различают обычный артрит, остеоартрит, люмбаго, ревматизмы – и все они являются следствием остеопороза суставных окончаний костей.

**Артериальная гипертония.** Гипертония – это повышение давления. Первое, что вам порекомендует врач, – это понизить содержание соли в вашей диете.

Попробуйте сделать выбор. Уоллок взял контрольную группу в 5000 человек с повышенным кровяным давлением и увеличил вдвое дневное потребление кальция, и через 6 недель прекратил экспериментировать, потому что у 65% из этой группы кровяное давление нормализовалось лишь путем удвоения принимаемого кальция.

**Судороги.** Вы просыпаетесь среди ночи и не можете пошевелить ногой. Мы все это испытали. Обычно это дефицит кальция в организме.

**Постменструальный синдром.** В Калифорнийском институте в Сан-Диего было предложено удвоить дневную норму приема кальция, и 85% эмоциональных и физических симптомов как не бывало.

**Боли в пояснице.** 85% американцев страдают болями в пояснице независимо от того, работают ли они за компьютером, разгружают ли грузовики или водят большие автобусы. Это большая американская трагедия. На самом деле, боли в пояснице – это остеопороз позвонка, независимо от того, имеется ли проблема с позвоночными дисками или нет. Если диску не на чем держаться, позвонок истончается, разрушается, особенно если у вас дефицит меди. (Автор этой книги не согласен с позицией доктора Уоллока об остеопорозе позвонков как причине боли в пояснице. Будет показано в следующей части, что боли в пояснице вызывается спастическими состояниями в мышцах позвоночника. Но роль дефицита кальция в возникновении спастических состояний в мышцах у нас не вызывает сомнения.)

**Диабет.** Это третья по счету причина смерти взрослого населения США. Заболевание имеет осложнения, побочные эффекты, включая слепоту, нарушение почечной деятельности, сердечно-сосудистые заболевания различной степени. Что, в свою очередь, является первой причиной смертности среди американцев. Если у вас диабет, продолжительность вашей жизни при прочих равных условиях ниже, чем у того, у кого его нет. В 1957 году мы узнали в ветеринарии, что можно предотвратить и вылечить диабет при помощи минералов. Эти данные были опубликованы в официальном журнале, представляющем науку в национальных институтах здоровья, где было сказано, что диабет можно предотвратить и вылечить с помощью хрома и ванадия. Один только ванадий, согласно данным университета Ванкувера и медицинской школы «Бритишколумбиум», в состоянии заменить инсулин у взрослых диабетиков. Для многих людей процесс продолжается 4—6 месяцев, т. е. это постепенный процесс, в течение которого надо принимать адекватное количество хрома и ванадия. Это работает на сотнях и сотнях пациентах.

Все долгожители, которые жили до 120—140 лет, имеют много общего. Они все живут в высокогорных деревнях выше 8000 футов над уровнем океана. У них менее 2 дюймов осадков в год, у них совсем не бывает дождей, не бывает снега. Это очень, очень сухие регионы. И как, вы думаете, они получают всю свою воду для питья и ирригации? От таяния горных снегов. Вода, которая выходит из-под этих ледников, не такая чистая и прозрачная, как артезианская вода, а если наполнить стакан и посмотреть, то она желтовато-белая или бело-голубая. Она содержит от 60 до 72 минералов.

В районе озера Тити-Кака или в Тибете её называют ледовым молоком. И они эту воду не только пьют, получая 8—12% абсорбции минералов, но, что более важно, они орошают землю этой водой год за годом, урожай за урожаем, поколение за поколением, уже на протяжении 2,5—5 тысяч лет. И у них нет диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, высокого кровяного давления, артритов, остеопорозов, рака, катаракты, глаукомы, нет дефектов у детей при рождении, нет тюрем, нет наркоманов, нет налогов, нет врачей, но они живут 120—140 лет без заболеваний. И каждый раз, когда вы один день не принимаете минералы, вы укорачиваете свою жизнь на несколько часов или даже на несколько дней.

Автор этого руководства советует прислушаться к рекомендациям доктора Уоллока, так как сталкивался в своей практике с проявлениями дефицита микроэлементов и витаминов. С недостатком селена и некоторых других микроэлементов связаны кожные проблемы. Экземы, нейродермиты, шелушение кожи, псориаз, потливость с сильным и неприятным запахом исчезают после курса приёма препаратов селена, комплекса микроэлементов и витаминов. Состояние почв наших плодородных земель вряд ли лучше, чем в США в тридцатых

годах прошлого века. Поэтому мы сами должны позаботиться об обеспечении своего организма микроэлементами.

Однако недостаток микроэлементов, незаменимых аминокислот и жирных кислот является лишь одним из трёх ведущих физиологических факторов нарушения здоровья:

1) нарушение функций автономной нервной системы, приводящее к нарушению регенерации тканей и функций внутренних органов;

2) недостаток незаменимых биокomпонентов, необходимых для регенерации тканей и выполнению их функций, те самые 90 компонентов;

3) аутоинтоксикация организма вследствие нарушения барьерных функций слизистых оболочек кишечника и нарушения функций систем выделения и очищения крови и тканей (печень и лимфатическая система).

Все три этих фактора взаимосвязаны и поддерживают патологическое влияние на организм человека. И все эти три патологических фактора, определяющих большинство хронических заболеваний человека, могут быть активизированы невротами и стрессами. Психологический фактор нарушения здоровья – это четвёртый ведущий фактор, определяющий здоровье человека.

Далее мы проведём обзор двух других факторов, определяющих здоровье человека.

## **6.5. Нарушения деятельности автономной нервной системы и нейроэндокринной системы**

Определяющее влияние нейроэндокринной системы на все функции и трофику органов и тканей делает понятной ту важную роль, которую она может играть в этиологии и патогенезе болезней.

Если под действием частых и длительных психоэмоциональных перенапряжений, инфекций, интоксикаций, травм и т. п. наблюдается дисфункция регуляторных систем головного мозга, вегетативной нервной системы или эндокринных желез (это состояние диагностируется как невроз, вегетативная дистония, астеническое состояние, гипотиреоз и т. п.), то это ведет к нарушениям гомеостаза (подвижного равновесия внутренней среды) и развитию различных синдромов вторичного поражения органов и тканей.

В настоящее время можно назвать основные звенья патогенеза нейросоматических поражений. Во-первых, это нейротрофические и нейрососудистые нарушения, во-вторых, избыточное или недостаточное выделение каких-либо гормонов, нейропептидов и других активных веществ. Все это приводит к значительным сдвигам гомеостаза (нарушения белкового, углеводного, жирового, водно-электролитного обмена, кислотно-основного состояния и др.) и расстройству течения обменных процессов в клетках и тканях.

Начало учения о нервной трофике положено французским физиологом и невропатологом Маженди (F. Magendí), создавшим в 1824 году модель развития нейропаралитического кератита (воспаления роговицы глаза) вследствие перерезки первой ветви тройничного нерва у кроликов. Он связывал его развитие с поражением специальных трофических волокон, находящихся в составе каждого периферического нерва. В последующем предположение о роли нервов в развитии патологических состояний внутренних органов нашло подтверждение в известных экспериментах И. П. Павлова (1883), а позже Л. А. Орбели и А. Г. Гинецинского (1924), которыми была доказана трофическая функция симпатических нервов автономной (вегетативной) нервной системы (Орбели Л. А., 1938). Видный советский патофизиолог А. Д. Сперанский в 1935 году пришел к выводу, что в патогенезе любого патологического процесса (инфекционного, травматического и т.п.) обязательно включен неспецифический нейротрофический компонент.

Доктрина А. Д. Сперанского подтверждена многочисленными экспериментами и клиническими данными. С экспериментальными исследованиями согласуются клинические наблюдения, показавшие, что невроты и вегетативные функциональные расстройства могут, в конце концов, завершиться органическим заболеванием – стойкой артериальной гипертензией, инсультом, инфарктом миокарда и т. п.

В последнее время всё больше специалистов по заболеваниям позвоночника говорят о связях патологического состояния позвоночника с хроническими заболеваниями внутренних органов как о само собой разумеющемся. Более ста лет продолжается диалог о роли нервной системы в этиологии хронических заболеваний. Ещё профессор С. П. Боткин говорил о наличии нервного компонента в каждом хроническом заболевании. Работами И. П. Павлова, Л. А. Орбели, А. Д. Сперанского и др. в экспериментах на животных показано, что разрушение нервных связей в симпатической и парасимпатической нервных системах приводит к дистрофическим и атрофическим процессам во внутренних органах. Повреждение афферентных (центростремительных) связей внутреннего органа с гипоталамусом приводит к язвообразованию, разрушению кровеносных сосудов внутреннего органа и кровотечению, нарушению функций и дистрофии тканей. Афферентные связи – это чувствительные нервные волокна, информирующие нервные управляющие центры о состоянии тканей и функций внутренних органов.

Эти эффекты являются следствием нарушения так называемой трофической функции нервной системы. Под трофической функцией понимается не столько процесс питания тканей и органов, сколько процесс управления метаболизмом и регенерации тканей. Все клетки нашего организма, за исключением нервных клеток, должны планомерно заменяться на новые клетки путём деления с последующим управляемым отмиранием старых клеток. Это носит название регенерации тканей. В течение 11 месяцев в организме человека заменяются практически все клетки кроме нервных и клеток костных структур. Нарушение трофической функции нервной системы приводит, с одной стороны, к нарушению процессов регенерации тканей, вызывая атрофию и дисфункцию внутренних органов, а с другой стороны – к возникновению стойких нейродистрофических рефлексов – разрушительного действия нервной системы на ткани органов и кровеносные сосуды, вызывая язвообразование, кровоизлияния и некрозы.

Из неврологии хорошо известно, что все наши внутренние органы работают под управлением автономной (вегетативной) нервной системы – симпатической и парасимпатической. Нервы симпатической нервной системы проходят внутри нервных корешков определенных сегментов спинного мозга, обеспечивая афферентную иннервацию (чувствительные волокна, информирующие нервные центры о состоянии внутренних органов и функций) и эфферентную иннервацию (нервные волокна, управляющие моторикой и функциями внутренних органов) как всех внутренних органов, так и всех кровеносных сосудов.

Состояние иннервации внутренних органов и кровеносных сосудов, в свою очередь, зависит от состояния позвоночника, точнее, от состояния нервов симпатической нервной системы, которые могут быть подвержены компрессии при повышенном мышечном тонусе или спазмировании межпозвоночных мышц. Симпатические нервы проходят между межпозвоночными мышцами и подвержены влиянию воспалительных процессов, протекающих в спазмированных мышцах и нарушению трофики (питания и метаболизма). Симпатические нервы не имеют толстой миелиновой оболочки, как моторные и сенсорные нервы, и могут быть легко передавлены при прохождении между жесткими спазмированными мышцами. Компрессии могут подвергаться и кровеносные сосуды, питающие позвонки (в них имеется сеть кровеносных сосудов) и межпозвоночные диски, что приводит к дистрофическим изменениям в мышцах позвоночника, в межпозвоночных дисках, в телах позвонков и, наконец, в самих нервных трактах и узлах.

Имеется очень большой опытный материал по изучению влияния травм позвоночника на состояние внутренних органов и основных физиологических функций. Травмирование нервов симпатической нервной системы приводит к развитию хронических заболеваний внутренних органов и нарушению их функций. Следовательно, состояние внутренних органов и кровеносных сосудов также зависит от состояния позвоночника. Хронические заболевания и патологические состояния внутренних органов в значительной степени могут являться следствием патологических состояний мышечного корсета позвоночника, проявляющихся в болях в спине и позвоночнике.

Но не только хронические заболевания могут быть следствием патологических состояний позвоночника. Особый интерес вызывает противораковая система Ниши, основанная, в основном, на роли патологического состояния мышечного корсета позвоночника в создании условий для развития онкологического процесса и на устранении патологических состояний в позвоночнике как основном методе лечения рака. Из литературы известны многочисленные случаи (более 40000) излечения от рака с помощью системы Ниши. Более того, автору доводилось встречать таких людей. В связи с этим крайне велик интерес к определению связи между состоянием мышечного корсета позвоночника и хроническими и онкологическими заболеваниями.

## **6.6. Роль дистрофических процессов в организме**

В последние десятилетия с развитием альтернативных направлений медицины всё чаще первопричиной многих хронических заболеваний и недугов считают патологическое состояние позвоночника.

Одним из широко распространённых дистрофических заболеваний является остеохондроз позвоночника. Проблема остеохондроза позвоночника касается каждого человека, так как остеохондроз позвоночника считается одним из самых распространённых заболеваний человека. В последнее десятилетие наметился серьёзный пересмотр взглядов на проблему остеохондроза позвоночника. Огромный материал, накопленный благодаря развитию магнитно-резонансной томографии (МРТ) и компьютерной томографии (КТ), показал, что под термином «остеохондроз» скрывается целый ряд патологий, как дистрофического, так и воспалительного характера.

По оценкам руководителя московского центра мануальной терапии А. Б. Сителя (Ситель А. Б., 2006), до 70% людей в возрасте старше 40 лет страдают остеохондрозом позвоночника и нуждаются в мануальной терапии.

Исходя из концепции проф. Я. Ю. Попелянского, остеохондроз позвоночника является нейроортопедическим заболеванием, то есть его лечением занимаются и невропатологи, и ортопеды, и нейрохирурги и мануальные терапевты. В настоящее время стратегия профилактики и лечения остеохондроза позвоночника (ОП) строится, исходя из концепции Я. Ю. Попелянского о первичности дистрофических проявлений в позвоночнике и вторичности неврологических проявлений ОП (боли в спине, пояснице и конечностях, связанные с состоянием позвоночника) (Попелянский Я. Ю., 1989). Я. Ю. Попелянский является основоположником учения об остеохондрозе позвоночника как причине множества болей в области туловища и конечностей. Это учение он назвал вертеброневрологией. На этой теории воспитывается уже несколько поколений врачей различных специальностей – неврологов, ортопедов, ревматологов, терапевтов, хирургов и рентгенологов.

Одновременно с существующим неврологическим толкованием остеохондроз объявлен некоторыми альтернативными направлениями медицины как виновник множества хронических заболеваний. Начиная от головных болей, болей в сердце, конечностях и кончая воспалительными заболеваниями ЖКТ, почек и сердца. И это также заставляет заново пере-

смотреть проблему позвоночника с точки зрения причин возникновения хронических заболеваний, методов их предотвращения, а также разработки методов реабилитации лиц, страдающих хроническими заболеваниями.

Прослеживаются различные связи между остеохондрозом позвоночника и хроническими заболеваниями. Это основано на представлении, что дистрофические изменения в позвоночнике – остеохондроз – приводят к дистрофическим изменениям в автономной нервной системе и во внутренних органах человека. Здесь сразу же возникает ключевой вопрос: если дистрофические изменения в позвоночнике неотвратимы и необратимы, как возрастные изменения, то и ассоциированные с ними заболевания также неотвратимы и неизлечимы? Этот вопрос требует особенно тщательного анализа и исследования, так как носит фатальный (неотвратимый и необратимый) характер для человека.

Примером таких представлений являются схемы связей остеохондроза с хроническими заболеваниями, предлагаемые некоторыми направлениями мануальной терапии и восточной традиционной медицины, например, тибетской медицины.

С позиций этих направлений медицины распределение связей патологий с локализацией по позвонкам сверху вниз выглядит следующим образом:

В шейном отделе позвоночника:

- головные боли, нервозность, повышенное артериальное давление, мигрени, проблемы со сном;
- заболевания глаз, аллергии, снижение слуха, обмороки;
- невралгии, невриты;
- нарушения слуха, аденоиды;
- боль в горле, тонзиллит, ларингит;
- боль в шее, в плечах, в затылке;
- гипотиреоз, нарушение подвижности в плечах и локтях.

В грудном отделе позвоночника распределение патологий с локализацией по позвонкам сверху вниз выглядит следующим образом:

- астма, кашель, боли в руках;
- аритмии, боли за грудиной, ишемическая болезнь сердца;
- бронхиты, астма, плевриты, пневмонии;
- камни в желчном пузыре, желтуха, нарушение усвоения жиров;
- расстройство работы печени, желтуха, нарушение свёртываемости крови;
- гастриты, язвенная болезнь желудка, нарушение пищеварения;
- диабет, язвенная болезнь желудка, расстройство пищеварения и стула;
- расстройство пищеварения, икота, нарушение дыхания;
- аллергические реакции, слабость иммунной системы;
- болезни почек, усталость, слабость;
- расстройство мочеиспускания, хронические заболевания почек;
- нарушение пищеварения, заболевания женских половых органов, бесплодие.

В поясничном отделе позвоночника распределение патологий с локализацией по позвонкам сверху вниз выглядит следующим образом:

- грыжи, запоры, колит, диарея;
- аппендикс, кишечные колики, боли в бедре и паху;
- расстройство мочевого пузыря, импотенция, боли в коленях;
- боли в голенях, стопах, ишиас, люмбаго, нарушение мочеиспускания;
- отеки, боли в лодыжках, плоскостопие;
- боли в крестце;
- геморрой, нарушения функций тазовых органов.

Приведенный список заболеваний вполне правомерен, так как объединяет комплекс патологий, основанных на нарушениях управляющих функций со стороны автономной нервной системы (симпатической и парасимпатической). Предполагается, что именно остеохондроз позвоночника провоцирует нарушение иннервации (здесь и далее иннервация – наличие управляющих и сенсорных нервов и правильное управление) внутренних органов, кровеносных сосудов и мышечной ткани. Все эти патологии объединены принципом «Все болезни от позвоночника». Такая абсолютизация недопустима, но, вместе с тем, проблемы позвоночника имеют свою долю в списке причин хронических заболеваний человека. В научном разделе нашего руководства (часть 3) мы посвятим этому вопросу должное внимание и приведём результаты собственных многолетних научных исследований.

## **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.