

Хомеопатично сдружение *Витулкас – България*

УДИВИТЕЛНО Е, че още през 1987 г. – преди почти половин век, проф. Витулкас предрича огромния ръст на хроничните дегенеративни заболявания в наши дни, както и появата на множество нови, по-вирулентни и нелечими болести! И предупреждава за основната причина за упадък на здравето в умствено, емоционално и физическо ниво в световен мащаб – прекомерната употреба на изключително силни лекарства на химическа основа с пагубно влияние върху имунната система.

Резултатът – увеличена продължителност на живота за сметка на влошеното качество на съществуване, което всъщност е неговият смисъл. А всичко това се случва, защото изследванията в областта на конвенционалната медицина никога не са почивали върху потвърдени природни закони или принципи, ръководещи здравето и болестта.

Според *Модела за здраве и болест* на проф. Витулкас е по-правилно болестта да се нарича *дисбаланс на организма*, защото смущението може да се мести от едно ниво в друго, от една система в друга и от един орган в друг. А степенята на здраве на индивида се определя чрез оценка на смущението на всички нива. Теорията му разглежда състоянията на здраве и болест като взаимносвързани, а концепцията за болестта като нещо отделно – за погрешна, опирайки се на неразривната връзка на човека с Вселената. Човекът всъщност съществува и се справя с околната среда посредством спо-

способността си да обменя енергии с нея по свой собствен и уникален начин според конкретните си нужди и функции.

Следвайки тази логика, приканва конвенционалната медицина да се вгледа по-внимателно в отделния индивид и да прояви разбиране към неговите реакции. Вместо да елиминира симптомите като носители на болестта с химически медикаменти, *универсални* за всяка болест, нека не отнема на организма способността му да се защити в своята единна цялост на умствено, емоционално и физическо ниво, защото това би могло да се окаже пагубно за него. Тази практика през последните десетилетия, за съжаление, вече доведе имунната система и защитните ѝ механизми до състояние на дефицит и обвърканост, а проф. Витулкас отново се оказва прав.

Дефиницията му за идеално здраве, към която всички терапевтични лечения следва да се стремят, е: здравето е свобода от болка във физическото тяло, състояние на благополучие; свобода от страст в емоционалното ниво и в резултат – динамично състояние на възраст и спокойствие; и свобода от себичност в менталната сфера и в резултат – сливане с Истината. Само така истински здравият индивид може да съчетае двете божествени качества – на любовта и на мъдростта.

С огромна надежда и облекчение отправяме поглед в бъдещето, защото именно проф. Витулкас успя да докаже, че хомеопатията не е псевдонаука, за каквато често я обявяват. И защото вече разполагаме с научно потвърждение, че хомеопатичното лекарство не е просто *чиста вода* – наличие на изходна субстанция се открива дори и във високите му потенциуми!

Краят на един спор: Хомеопатията под микроскоп

През последните 200 години винаги е имало постоянен дебат относно ефикасността на силно разредените вещества, използвани в хомеопатичните лекарства. Този дебат има твърде отрицателно въздействие върху развитието и приемането на хомеопатията от по-широката медицинска общност. В резултат на това хомеопатията до голяма степен остава в периферията на общата медицина и не успява да разгърне напълно своя потенциал.

Изследователската статия, линк към която предоставяме по-долу, публикувана в уважаваното научно списание *Journal of Molecular Liquids* на престижното издателство Elsevier, представя убедителни доказателства, че потенцираните хомеопатични лекарства оставят забележима следа в сукусираното разреждане (изходната субстанция е разтворена и разтръскана). Това откритие вероятно ще изненада научната общност, тъй като предполага, че има природни явления, които съвременните научни методи не могат да изследват или да обяснят напълно.

През последните 8 години отдаденият изследователски екип на Международната академия по класическа хомеопатия под ръководството на проф. Джордж Витулкас, оглавяван от д-р Камелия Гросан, работи усърдно, за да предостави убедителни доказателства, опровергаващи дългогодишния скептицизъм към хомеопатичните лекарства.

Чрез щателна комбинация от усъвършенствани аналитични методи, включително трансмисионна електронна микроскопия (ТЕМ), Раманова спектроскопия и алгоритми за дълбоко обучение (DL), проучването успешно потвърждава, че хо-

меопатичните лекарства са активни. Фокусирано върху оценката на морфологичните характеристики на силно разредени разтвори на злато (Aurum met), приготвени както в етанол, така и във водна основа, при три различни нива на потенциране (6C, 30C и 200C), констатациите окончателно решават дебата за високите потенции в хомеопатията.

Авторите предлагат система, използваща три различни аналитични инструмента за оценка на хомеопатичните лекарства, което дава важна представа за природата на хомеопатичните лекарства и предлага практическо решение за гарантиране на тяхното качество и консистенция.

Откритията отправят предизвикателство към настоящото научно разбиране и вероятно ще стимулират по-нататъшно изследване на механизмите, лежащи в основата на хомеопатията, което да доведе до свят, в който медицината като цяло ще намали драстично страничните ефекти на лекарствата.

Пълния текст на статията можете да намерите тук:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167732224005932>.

Статията в превод на български език е достъпна в сайта на Международната академия по класическа хомеопатия:

<https://www.vithoulkas.com/research/scientific-papers/ultra-high-dilutions-analysis-exploring-the-effects-of-potentization-by-electron-microscopy-raman-spectroscopy-and-deep-learning/>.

Съдържание

	ПРЕДГОВОР	15
	ВЪВЕДЕНИЕ	17
ГЛАВА 1	Необходимостта от <i>Модел</i>	45
ГЛАВА 2	Настоящата ситуация в медицината	49
ГЛАВА 3	Встъпителни идеи	54
ГЛАВА 4	Енергийният комплекс на човешкото тяло	66
	Ментално-духовно ниво	71
	Емоционално-психично ниво	76
	Физическо ниво	81
	Йерархията във физическото тяло	86
ГЛАВА 5	Дефиниция и измерване на здравето	92
	Дефиниция за здраве на физическото тяло	93
	Дефиниция за здраве на емоционалното ниво	94
	Дефиниция за здраве на ментално-духовното ниво	96
	Мерилото за здраве	98
ГЛАВА 6	Връзката на човека с Вселената	100
ГЛАВА 7	Дисоциация на нивата	106
	а. Сън	107
	б. Сомнамбулизъм (ходене насън)	111
	в. Припадък	111
	г. Хирургична анестезия	111
	д. Хипноза	113
	е. Йогистки и религиозни трансове	114
	ж. Шизофрения	114
	з. Химически предизвикана дисоциация чрез халюциногенни препарати	116
	и. Привидна смърт	117
ГЛАВА 8	Еволюция или регенерация	123
ГЛАВА 9	Стимул или информация	127

ГЛАВА 10	Насищане	137
ГЛАВА 11	Природа на причините за болестите	139
ГЛАВА 12	Универсална енергийна конструкция на <i>Модела</i>	143
ГЛАВА 13	Значение на нивата	148
ГЛАВА 14	Предразположения	151
ГЛАВА 15	Предразположения	163
ГЛАВА 16	Концепция за регенерацията и дегенерацията	178
ГЛАВА 17	Посока на болестта	184
ГЛАВА 18	Хипотезата за СПИН	201
	Фактори, способстващи дегенерацията чрез подкопаване на имунната система	208
	Високорискови индивиди	210
	Нискорискови индивиди	211
	Фактори, способстващи дегенерацията на човешкото тяло	212
	Дегенеративни болести на кръвоносната система	218
ГЛАВА 19	Практически насоки за онези, които искат да предпазят себе си и другите от СПИН	228
	На индивидуално ниво	229
	На семейно ниво	241
	На обществено ниво	242
	На национално правителствено ниво	245
	На международно ниво	247
	ЕПИЛОГ	249
	Някои наболели теоретични въпроси	249
	По-дълбоките причини за настоящото положение	251
	Нужда от разширяване на алтернативните методи на лечение	254
	Новите центрове за медицинско образование	258
	ПРИЛОЖЕНИЕ А	261
	Препоръчителни изследвания	261
	 Организации	263
	Публикации	267
	Използвана литература	274

Настоящата книга си поставя три цели:

1. Да покаже, че конвенционалната медицина се е провалила в мисията си да предпазва от болести и да ги лекува. Вместо това тя е отговорна за упадък на здравето в световен мащаб поради прекомерната употреба на мощни лекарства на химическа основа. Поради тази практика дори на ефективните алтернативни терапевтични системи ще им трябва години, за да преобърнат или коригират ситуацията.
2. Да представи нов *Модел* на здравето и болестта като нова парадигма за науката медицина. Надявам се, че посочвайки различните природни закони, които управляват феномените здраве и болест, ще помогне за открояване на терапевтичните модалности, които предлагат оптимални резултати.
3. Да изтъкне, че такива терапевтични системи съществуват и днес и са на наше разположение, но са потискани или съзнателно пренебрегвани от повечето медицински власти в света.

Книгата е предназначена основно за медицинските специалисти и медицинските власти по света, но е написана по лесно разбираем и за неспециалистите начин.

Извинявам се, ако читателят възприеме книгата като полемична или предубедена. Усещам бързото приближаване на планетарна катастрофа и стилът ми на писане отразява

чувството ми за неотложността на този проблем. Това злощастно положение е резултат от неразумната и прекомерна употреба на отпускани със и без рецепта лекарства и е довело (според преценката и изследванията на автора) до епидемията от СПИН, а вероятно ще доведе до още по-страшни проблеми в бъдеще.

Ще е погрешно книгата да се възприема само като критика на алопатичната медицина. Причината да акцентирам върху тези неща е, че искам да насоча вниманието на читателя към негативните аспекти на съвременната медицина.

Изследванията и проучванията на най-дълбоките кълчета на човешкото тяло и ум разкриват изключително интересни аспекти от устройството на човека; за съжаление, изследователите не са обърнали внимание на основополагащите принципи на медицината и здравето, които винаги са съществували като *вечни истини*.

Изпитвам силно уважение към онези всеотдайни и сериозни учени, които работят усърдно в лабораториите в опит да декодират и да разберат тайните на природата. Възхищавам им се, че са се отдали всецяло на постигането на научните си цели. Но възхищението не ми пречи да преценя, че конвенционалната медицина действа погрешно.

Надявам се на следващите страници ясно да покажа, че основата на медицинските изследвания и терапевтичното ѝ приложение е не само погрешна, но и катастрофална за здравето на човечеството.

Настоящата книга е изпълнено с надежда послание за възникването на нова епоха на медицината.

Д Ж О Р Д Ж В И Т У Л К А С
Алонисос, Гърция
Август 1987 г.

ПРЕЗ 1972 г., докато изнасях лекция пред група лекари в Атина, Гърция, заявих следното:

– Заради честотата, с която днешните лекари предписват антибиотици, скоро имунната система ще отслабне до такава степен, че ще се появят множество нови, по-вирулентни и нелечими болести. Прекомерната употреба на антибиотици оказва пагубно влияние върху имунната система, като в много случаи я уврежда непоправимо.

Причината за тази мрачна прогноза бе личният ми опит в здравната област. Твърдението ми бе доста противоречиво като за пред лекари, тъй като конвенционалната медицина смята антибиотиците за *най-изумителното си и ефикасно* оръжие за борба с болестта. Но към 1972 г. вече бях преглеждал и лекувал стотици пациенти, при които ясно личеше, че появата на хронични проблеми бе пряко свързана с прекомерната употреба на алопатични лекарства, обикновено антибиотици, особено производни на пеницилина.

Освен това конкретно наблюдение си давах и сметка – също като други здравни специалисти, за наличието на принципен упадък на здравето в онази част от света, която се хвалеше, че има най-доброто и най-скъпо здравеопазване. Виждаме ясно този упадък в очакваната продължителност на живота на мъжете в Съединените щати. В сравнение с други развити нации (харчещи значително по-малко за здра-

беопасване) Съединените щати се нареждат на 19-о място по смъртност¹.

От следващата статистика става ясно, че в Южна Америка има много развиващи се страни, в които очакваната продължителност на живота е по-голяма от тази в САЩ. Ако в действителност най-скъпото и най-доброто здравеопазване водеше до най-дълга очаквана продължителност на живота, то тази чест би трябвало да се падне на САЩ, но всъщност е вярно тъкмо обратното.

Ето очакваната продължителност на живота в няколко държави в Северна, Централна и Южна Америка:

	1981	1982	1983	1984	1985
Коста Рика	—	—	74,5	—	—
Пуерто Рико	70,8	73,2	—	—	—
Панама	—	72,8	72,9	—	—
Барбадос	—	—	—	72,0	—
Куба	—	—	—	72,2	—

В Съединените щати тя е само 70,1 години през 1980 г., 70,5 през 1981 г., 70,9 през 1980 г. и 71 през 1981 г.^{2,3,4}

Данните за Европа ни водят към същото заключение, където Гърция и Исландия – две от все още развиващите се страни, са с най-добри резултати при очакваната продължителност на живота и смъртността. В държавите от Източния блок виждаме, че цифрите са доста ниски, като Унгария е на първо място в това отношение. От индустриализираните държави в Европа Швеция е с най-добра очаквана продължителност на живота и после се нареждат Нидерландия, Норвегия, Англия и Уелс, Франция, Федерална република Германия, Италия, Белгия и накрая Австрия с най-лоши стойности^{2,3,4}.

	1981	1982	1983	1984	1985
Исландия	—	74,7	—	74,9	—
Гърция	—	73,6	—	73,8	—
Швеция	73,1	—	—	73,9	—
Австрия	—	69,4	—	—	70,4
Унгария	—	65,6	—	65,1	—

Държавите от Източния блок – въпреки безплатното здравеопазване за цялото население и задължителната имунизация, са с най-ниска очаквана продължителност на живота. Надявам се чрез теорията, която ще изложя, да покажа, че този феномен не е парадокс^{2,3,4}.

	1981	1982	1983	1984	1985
Унгария	—	65,6,7	—	65,1	65,1
Чехословакия	67,0	—	66,9	67,1	—
Румъния	—	67,1	66,9	67,1	—
Полша	67,1	67,3	67,1	66,8	—
България	—	68,5	68,3	68,5	—

И така, виждаме, че сами по себе си числата разказват различна история от онази на конвенционалната медицина, която обикновено твърди, че очакваната продължителност на живота се е повишила благодарение на по-доброто здравеопазване. Горните данни показват картината само от количествена гледна точка, без да засягат **качеството** на живота, предлагано от съвременната медицина.

Какво е качеството на живота при хората, живеещи на хемодиализа или с трансплантирано сърце, с епилепсия, ревматоиден артрит, болестта на Алцхаймер, рак или СПИН? Всички те са включени в статистиката за очакваната про-

дължителност на живота, но качеството на живота им може да е такова, че да постави под съмнение ценността на дълголетие *per se* (само по себе си). Качеството на живота – количеството радост, щастие и креативност, което изпълва живота ни със смисъл – също трябва да се вземе под внимание наред с продължителността на живота, за да могат да бъдат направени смислени заключения за резултатите от което и да било здравеопазване.

Колко от нас са толкова здрави, че наистина да се наслаждават на живота и същевременно да са креативни? Измерването на здравето на населението е тежка и трудоемка задача – особено ако трябва да направим статистика; но е нещо, което в един момент трябва все някак да се свърши. Мога дори да предположа, че ако продължаваме по същия начин както в миналото, много скоро ще наблюдаваме спад даже в количествените статистически показатели на развитите държави. Ако имахме способността или желанието да измерим качеството на здравето, сигурен съм, че веднага щяхме да променим медицинската си система.

Тъй като никоой не прави такава оценка, сме принудени да разчитаме на собствените си възприятия и опит, за да отговорим на належащи въпроси, като:

- Доколко сте удовлетворени от лекарствата, които приемате за различните си хронични заболявания?
- Какво показва опитът ви – в дългосрочен план тези лекарства оказват ли вредно въздействие върху други области на здравето ви?
- Как повлияха лекарствата върху качеството на живота ви?
- Въпреки че вече може да нямате смущаващи симптоми, смятате ли, че здравето ви се е нормализирало?

- Каква е настройката ви спрямо постоянното приемане на успокоителни, сънотворни, болкоуспокояващи, бронходилататори, хормонални продукти, кортизон и други лекарства?
- Медицинската система наистина ли лекува, или само успява да *потисне* болестните симптоми?

Онова, което вкарваме в тялото си, ни въздейства на всички нива. Количеството и качеството на различните лекарства, които навлизат в тялото ни, играят голяма роля за подобряването или влошаването на **качеството** на съществуването ни, което всъщност е смисълът на живота ни.

През последните 50 години постоянно наблюдаваме поява на нови болести. Между 1972 и 1980 г. се появиха около 15 *нови* болести. Причините за тях са неизвестни, озадачаващи и неясни. Каква е отговорността за този феномен на химическите лекарства, които използвахме тогава? Възможно ли е да има връзка между феномена на свръхупотребата на лекарства и неспособността на имунната система да предотврати появата на тези плашещи нови болести?

Освен появата на нови болести е налице и взрив на гъбичкини инфекции. Към 1975 г. вече наблюдавах нарастване на броя на пациентите с подобни инфекции. Напоследък виждаме такава невъзможна *експлозия* на дермални и генитални микози, че този феномен е на път да се превърне в универсален проблем. Във Великобритания новите случаи само на кандида, предизвикани от гъбичките *Candida Albicans*, нараснаха от 34 696 през 1973 г. до 64 173 през 1984 г.⁵ През 1984 г. я поставят на второ място сред всички венерически болести⁶. Доста авторитети приписват голяма част от днешната *хронична системна симптоматология* на гъбичките.

Реймънд Кийт в книгата си *СПИН, рак и конвенционалната медицина* (AIDS, Cancer and the Medical Establishment) заявява: *През последните години се установи, че хроничните и често недоловими инфекции с Candida са свързани с тежки симптоми, отнасящи се до всички системи в тялото*⁷.

Замислих се кое може да е предизвикало този огромен ръст в гъбичните инфекции и осъзнах, че един от основните антибиотици, предписвани от лекарите на милиони хора, е не друго, а **гъбичен** дериват, плесен! Обичайното име на тази плесен е **пеницилин**. По същество хиляди тонове от това лекарство са вкарани в човешките организми след Втората световна война. В развитите страни едва ли има някой, който да е пропуснал това *чудодейно лекарство*. И за да добиете обща представа за количествата консумирани антибиотици, ще цитираме някои числа: само в САЩ годишното производство на антибиотици през 1965 г. е за 7,3 милиона паунда, но към 1970 г. е нараснало на 16,9 милиона паунда. За 4 години – между 1967 и 1971 г., броят на рецептите само за пеницилин се е покачил от 9,5 милиона на 21,5 милиона⁸. Данните за сертифицирането на антибиотици на Агенцията за контрол на храните и лекарствата (АКХЛ) показват, че обемът на използваните инжекционни цефалоспорици и гентамицин се е покачвал устойчиво и от 1977 г. нататък продължава да расте⁹.

Необходимата за борба с инфекциите доза антибиотици е нараснала неимоверно поради факта, че организмите стават все по-малко податливи на тях. Нека ви дам пример за нарастващите дози пеницилин, необходими за борба с инфекции като гонорея, като цитирам стари фармакологични текстове и *Pharmaceuticals Basis of Therapeutics*, 5th ed., на Гудман и Гилман от 1985 г.:

Когато гонореята започва да се лекува с прокаин пеницилин, за лечението са необходими няколкостотин хиляди единици (300 000 IU). Но когато човешкото тяло развива все по-голяма резистентност към него, количеството нараства до милиони единици (4 800 000 IU пеницилин + 1 г пробенецид). Това е 16 пъти повече от първоначалната доза.

Очевидно пеницилинът – гъбичен дериват, е по-мошен от микробите и бактериите в тялото, защото след вкарването му в организма той ги деактивира¹⁰. Но по този начин **пеницилинът (гъба) подмолно завзема властта** в тялото и, изглежда, остава завинаги.

После се създават все по-мощни и по-мощни лекарства като например *Амфотерицин-Б*, *Флуцитозин*, *Кетоконазол* и *Миконазол* за борба с постоянно нарастващата смъртоносна мощ на гъбичките. Но на каква цена? Според д-р Х. Симънс:

Ятрогенята в САЩ се превърна в сериозен проблем за общественото здраве. Това включва около 2 милиона нозокомиални инфекции и хиляди смъртни случаи годишно. Както и други изтъкнаха, това до голяма степен се дължи на неподходящата употреба на антиинфекциозни препарати¹⁰.

Скоро и други лекари изказват несъгласието си, но, за съжаление, никой не обръща внимание.

Истинската трагедия е в това, че през последните 30 години инфекционистите неспирно изтъкват тези проблеми и отчаяно призовават за промяна – в повечето случаи без резултат¹⁰.

Уводна статия в *Journal of the American Medical Association*, озаглавена *Това ли е напредък в медицината?*⁸, поставя някои тежки въпроси, а именно:

- Широка употреба на антибиотици довела ли е до появата на нови резистентни бактериални щамове?

- Екологията на *естествената* или *болничната* бактериална флора променила ли се е заради употребата на антибиотици?
- Нозокомиалните инфекции променили ли са се по честота, или тежест заради употребата на антибиотици?
- Какви са тенденциите в употребата на антибиотици?
- Все по-честата употреба на антибиотици изправя ли медицинската общност и обществото като цяло пред нови опасности, към които трябва да се подходи с нови административни или образователни мерки?
- На практика правилно ли се използват антибиотиките?

Наред с драматичния спад в честотата на по-рано смъртоносни болести в резултат на антибиотичната терапия се появяват нови и сериозни опасности⁸.

Това, както и много други, е ранно предупреждение за опасностите на медикаментозното лечение. Предупреждението е, че макар новите *чудотворни лекарства* да намаляват смъртността от остри инфекциозни заболявания, те добавят ново измерение към проявлението и разпространеността на хроничните болести. Ето какво заявява Рене Дюбо в книгата си *Така че човекът е животно* (So Human an Animal):

Макар да са направили много за превенцията и лечението на няколко конкретни болести, досега не са успели да увеличат реалното дълголетие или да насърчат истинското здраве. Епохата на охолство, технологичен напредък и медицински чудеса парадоксално е и епоха на хронични заболявания, на тревожност и дори на отчаяние.

Тъй като прекомерната употреба на антимикробни препарати доведе до появата на по-вирулентни инфекциозни

организми, справянето с остриите инфекциозни болести като цяло е по-трудно.

Въпреки тази информация днес, 13 години по-късно, лекарите използват дори още по-силни лекарства.

И напълно логично сега, след появата на всички тези факти, възникват някои въпроси относно широката употреба на антибиотици и техния ефект върху човешкото тяло.

1. Възможно ли е пеницилинът и неговите производни да са довели до промени или слабости в имунната система, така че тя вече да не е в състояние да възпрепятства колонизацията в тялото на различни видове гъбички?

Ето доклади на различни изследователи, които отговарят на този въпрос:

Гъбичките се оформиха като съществени патогени особено при имунопотиснати пациенти, които са имали продължителна гранулоцитопения и продължителни курсове антибиотична терапия¹¹.

Потискането на функцията на Т-клетките с тетрациклин може отчасти да обясни свръхинфекцията с *Candida*, която понякога се наблюдава клинично след продължителна употреба на тези препарати¹².

Трябва да добавим и имуномодулацията (дефицит на имунната система) към безбройните потенциални странични ефекти на антибиотиците¹⁴.

За по-конкретна информация вижте използваната литература^{13, 15, 16, 17}.

2. Възможно ли е безотговорната употреба на тези лекарства и в резултат на мутацията на микроорганизмите да отваря пътя за появата на ужасни, нелечими болести с нови и неразпознаваеми мутанти (нови вируси, гъбички и т.н.)?

Цитирани са няколко източника със статистически данни, които дават изчерпателен отговор на горните въпроси:

Инфекциите, причинени от грам-отрицателни бацили, стават все по-разпространени и понастоящем представляват най-честият вид нозокомиални инфекции. Няколко водещи центъра докладваха годишна честота на грам-отрицателната бактеремия от 1 на 100 хоспитализирани със смъртност между 30 и 50%. Ако при 30 000 000 хоспитализирани с остри заболявания годишно в САЩ е налице същата заболяемост и смъртност, всяка година може да има цели 300 000 случая и повече от 100 000 починали от грам-отрицателна бактеремия⁸.

Едно изследване, използващо строги критерии, докладва за 2,2% суперинфекции при над 3000 пациенти, лекувани с антибиотици. Най-изумителният факт в това изследване е, че грам-отрицателните бактерии, участвали в повечето такива *суперинфекции* и справянето с тях, било много по-трудно, отколкото с първичното заболяване¹⁸.

Заради безотговорния начин, по който по принцип се предписват антибиотици, имаме постоянно възникване на дори по-опасни и резистентни щамове бактерии, с които следващото поколение антибиотици трябва да се опита да се справи¹⁰.

В литературата се посочва, че антибиотиците може да имат изразени ефекти върху взаимодействията между приемник-паразит, водещи до резистентност към множество лекарства чрез предизвикване на определени мутации посредством осъществя-

ването на промени по повърхностната им структура поради адаптацията им към селективния натиск на антибиотиците¹⁹.

Така първоначално чувствителните бактерии може да развият резистентност към лекарствата чрез мутация, плазмиди или да я постигнат посредством един от процесите, налагащи трансфер на генетичен материал от резистентни към чувствителни организми²⁰.

Цитират се и някои други механизми като промени на хромозомите на бактериите, ензимна деактивация на антибиотиците и създаване на бариера за преминаването на лекарствата²¹.

Имаме множество случаи, при които се развиват по-нови и по-силни щамове микроорганизми, които са по-нечувствителни и по-резистентни към лекарствата. В един от случаите става дума за неврохирургично отделение, в което инфекциите с *Klebsiella aerogenes* са достигнали епидемични пропорции, защото *ампицилинът* и *клоксацилинът* години наред били използвани профилактично²⁰.

Във вече споменатия трансфер на генетичен материал при предизвикването на резистентност към лекарства имаме примера на R-фактора. R-фактори са идентифицирани при много от болничните щамове *Pseudomonas aeruginosa*. Тези R-фактори, които определят **множествена резистентност**, могат лесно да се предават от един щам *Pseudomonas aeruginosa* на друг, затрунявайки по този начин дори аминокликозидните антибиотици да се справят с тях²². Така че тези бактерии всъщност са **укрепени** от същите онези *антибиотици*, чието предназначение е било да ги унищожат.

Друга, предизвикана от антибиотици, резистентност е появата на резистентност към... по-новите бета-лактамни антибиотици²³.

Откакто пеницилинът започва да се използва преди 40 години, резистентността към него е увеличила стафилококите и сега поне 80% от тях в развитите страни произвеждат бета-лактамаза²⁴. Бета-лактамазата е субстанцията, която прави стафилококите резистентни към пеницилина. Определена резистентност към пеницилина се превръща във все по-сериозен проблем при контролирането на гонореята²⁵.

Резистентният на метицилин *Staphylococcus aureus* се превръща в национален проблем в някои болници в САЩ. Инфекциите със *Staphylococcus aureus* започват да бушуват в американските болници в края на 70-те и към края на 80-те години достигат епидемични размери²⁶.

Бързината, с която различните гени за резистентност, транспозони и R-плазмиди са се разпространили към различни патогени по света, показва мощните селективни сили, породени от използването на антибиотиците. Обаче едно ново изследване на над 400 ентеробактерии, събрани и впоследствие складирани между 1917 и 1954 г., показва, че резистентността е била доста необичайна в епохата преди появата на антибиотиците... Първоизточниците на много гени на резистентността вероятно са почвените микроорганизми, от които всъщност се произвеждат повечето антибиотици, или които се съревновават с тях. Тъй като антибиотиците са потенциално токсични за произвеждащите ги организми, едва ли е учудващо, че бактерии като *Streptomyces* трябва да си създават механизми за резистентност, за да се защитят от антибиотиците, които произвеждат²⁷.

Някои учени и медицински изследователи искрено вярват, че може да се завърнем към **доантибиотичната епоха, в която тези трансформирани мултирезистентни микроорганизми отново ще унищожат човечеството**. Притеснението им се дължи на наблюдавания селективен на-

тиск в човешката и друга микробна среда, упражняван от широкоразпространената и постоянно нарастваща употреба на антибиотици²⁷.

Може би досега не е станало ясно, че качеството на здравето зависи почти изцяло от качеството на микроорганизмите, които съществуват естествено в тялото ни, и така поддържат живота ни. Нарушим ли баланса им, вкарвайки в организма цялата тази *плесен*, в крайна сметка ще имаме *плесенясал* организъм.

Вече е казано, че *предписването на антибиотици, все едно дали във или извън болниците, ненужно засилва нарастващия натиск за избирането на резистентни организми. Може да изглежда прекалено да го описваме като акт на замърсяване на средата, но когато проумеем пълните и дълбоки последствия от тази употреба, вече не ни се струва толкова преувеличено, колкото първоначално*²⁰.

Дотук изглежда, че съвременната медицина не се интересува от жизненоважния въпрос за качеството на микроорганизмите, които живеят естествено в тялото, и мутирането им под въздействието на чуждородни субстанции като антибиотиците. **Резултатът е трансформация, мутация, при която непатогенната бактерия се превръща в патогенна;** например *Alcaligenes* – непатогенна бактерия, която съществува естествено в човешката микрофлора и е резистентен на антибиотици организъм, може да предаде резистентността си на **до момента нерезистентни**, но потенциално смъртоносни организми като *Pseudomonas aeruginosa*²².

Предаваемата резистентност на лекарства, т.е. резистентността към антибиотици, която може да се предава от един вид бактерии на друг, макар и първоначално наблюда-

давана само при чревните бактерии, се е превърнала в нещо обичайно и при много други бактерии^{28–34}.

По същество широката употреба на антибиотици е преизвикала опасна ситуация на всички нива на организма, която вече е трудно да се преодолее или премахне.

3. Възможно ли е всички развити страни и някои от развиващите се да използват изключително мощни лекарства по изключително неразумен начин? Възможно ли е освен вредата, възникнала като необходимо зло в животозастрашаващи ситуации, да е имало и други случаи, в които тези мощни препарати са били използвани безразборно?

Има безброй доказателства за подобни практики, както се вижда от следните факти:

Когато лекар предписва на пациента медикамент, този акт го голяма степен се оформя от сили, които не са свързани с биохимичните свойства на лекарството – феномен, наричан *нефармакологична основа на терапевтиката*³⁵.

За повече информация по въпроса моля, вижте използваната литература^{36–43}.

През 1968 г. Специалната комисия по отпусканите с рецепта лекарства към Министерството на здравеопазването, образованието и социалното подпомагане дефинира разумното предписване и изказва виждането, че то далеч не е норма в медицинската практика. Аз *смятам* – казва д-р Йън Кох-Везер от Харвард, – *че липсата на знания за правилната терапевтична употреба на лекарствата вероятно е най-големият недостатък на средностатистическия американски лекар днес*⁴⁴.

Проучванията на предписваните лекарства дават известна представа за степенята на неправилната им употреба. Например

от 25 най-често предписвани лекарства в САЩ през 1976 г. 8 са смятани от авторитетите в областта за съмнителни във фармакологично или терапевтично отношение (Кларк D.E., 1878, цит. в Smith M.C., 1980). Анализ на над 50 000 рецепти в САЩ показва, че при над 1/8 от случаите се предписват повече от необходимите лекарства (по-голямо количество и/или дозировка). Имало и значителен брой неподходящи комбинации на лекарства (риск от намален терапевтичен ефект и/или вредни медикаментозни взаимодействия) (Maronde et al., 1971). Изследванията, свидетелстващи за неадекватна практика, са много и не се ограничават само до кабинетите. Hendeles (1976) цитира две болнични проучвания, които установяват неправилна употреба на антибиотици в над 60% от случаите (Smith M.C., 1980). По-късно проучване на предписваните терапии в шотландските болници подкрепя тези данни: *При 2/3 от тези пациенти нямаше убедителни бактериологични доказателства за необходимостта от антибиотици. Тъй като 11% от приема на антибиотици води до нежелани странични ефекти, изводът е, че рисковете от терапията са по-големи от очакваната полза* (Moir D., et al., 1979)⁴⁵.

Ретроспективният анализ на произволно избрани пациенти в съгласие с категориите на употреба на Кунин показал, че при 64% антибиотичната терапия е била неподходяща или неправилно приложена от гледна точка на препарата или дозировката⁴⁶.

В картоните на 50,5% от изписаните от болниците през 1972 г., на които са били давани антибиотици, не е вписано наличие на бактериална култура⁸.

Стръскащите числа за производството на тетрациклини са донякъде изненадващи предвид предупрежденията относно употребата им при децата и бебетата⁴⁷.

- ◆ Липса на разбиране у много лекари относно правилната употреба на антиинфекциозни препарати и техните фармакологични свойства.

- ◆ Широка употреба на антиинфекциозни препарати за състояния, при които е известно, че не действат, или при които липсват убедителни данни, че са ефективни.
- ◆ Прекомерна или неподходяща употреба на мощни или широкоспектрни антибиотици в случаи, при които е достатъчна терапия с по-прости, по-евтини или никакви антибиотици.
- ◆ Значителен дефицит в знанията на лекарите за правилното използване на бактериологичната лаборатория и интерпретацията на данните.

В комбинация тези фактори водят до значителни вреди, загуби, сериозни етични въпроси за удължаването на живота на пациенти, при които вече са налице значителни увреждания¹⁰.

4. Възможно ли е лекарства да са използвани при хората, без да са били предварително надлежно тествани за дългосрочни ефекти?

Най-класическите примери за вредни дългосрочни въздействия на лекарства, за които се е предполагало, че са били тествани, както трябва, са:

- *Талидомид*, използван през 50-те години като успокоително и предизвикал добре известния генетичен дефект, познат като *фокомелия* (необичайно скъсяване на ръцете и/или краката).
- *Фенилбутазон* – противовъзпалителен препарат, който предизвиква потискане на костния мозък. През 1983 г. фактът, че 1200 смъртни случая са свързани с използването на това лекарство, се премълчава. Според Световната здравна организация (СЗО) лекарството продължава да се използва, макар да няма видима нужда от него.

- *Индотрофен* – противовъзпалителен препарат, изтеглен от пазара през 1985 г. заради определени алюзии с карциногенността му.
- *Клиоквинол* – противодурично лекарство; само в Япония има 11 000 случая на инвалидизация и 1000 смъртни случая. Основният вреден ефект е, че предизвиква СМОН (синдром на миело-оптична невропатия).
- *Фенацетин* – аналгетик, който предизвиква бъбречна недостатъчност⁴⁷.

Разследванията на Агенцията за контрол на храните и лекарствата разкриват жалката природа на някои т.нар. *изследвания*: предаване на подробни доклади и твърдения, почиващи върху само двама пациенти; твърдения за терапевтични чудеса при пациенти, които дори не са били адекватно диагностицирани; използването на частни лекари като експерти на фармацевтични компании, които с удоволствие – срещу определена сума – подписвали всяко изявление, стига някой да им каже какво да докладват. Както отбелязва един репортер:

Някои фармацевтични компании стигали твърде далеч, като очертавали *клиничния* експеримент, пишели докладите на тестващия лекар и после му плащали, защото са използвали името му⁴⁴.

През последните няколко години беше докладвано, че ракът на вагината – обикновено изключително рядък случай на злокачественост – е установен при почти 100 млади момичета, на чиито майки е даван стилбестрол за предотвратяване на очевидно неизбежен спонтанен аборт. Първата употреба на лекарството за тази цел датира от 1946 г. През 1953 г. две контролирани изпитвания показват пълната му неефикасност. И въпреки това директорът на Клиничния център на Националния здравен ин-

ститут признава, че в края на 40-те, както и през 50-те и 60-те години, без доказателства за ползите от стилбестрола, той е предписван на хиляди бременни жени⁴⁴.

Нарастващата употреба на лекарства за краткосрочно и дългосрочно лечение през последните десетилетия доведе и до нарастващи притеснения относно потенциала им да предизвикват сериозни болести (болести, които са потенциално животозастрашаващи или водят до значителна инвалидизация, упадък на силите или и двете)⁴⁸.

Но най-стряскащият доклад е на Джон Брейтуейт, където в подкрепената си с множество изследвания книга *Корпоративната престъпност на фармацевтичната индустрия* (Corporate Crime of the Pharmaceutical Industry) описва неетичния начин, по който се изпитват някои лекарства. На стр. 51 той пише:

Д-р Лиъ, оглавил Агенцията за контрол на храните и лекарствата веднага след Годарт, разказва пред Сената на САЩ... за проверка на място, която установила, че един лекар изпитвал 24 лекарства за 9 различни компании. Проверката показала, че *пациентите, които умирали по време на клиничните изпитвания, не били докладвани на спонсора*. Умрели хора били вписвани като участници в изпитването. Хора, докладвани като участници в изпитването, не били в болницата по това време. Формулярите за съгласие на пациентите били с дати, показващи, че са подписани от участниците след смъртта им. По-нататък докладва, че при изследвания, проведени от търговска фирма за изпитване на лекарства, пациентите, които са починали, напуснали болницата или прекратили участието си в изпитването, били замествани от други пациенти, без това да бъде отбелязвано в регистрите. Четиридесет и един пациенти, вписани като участници, били мъртви или не били в болницата по време на изпитването...⁴⁹

Разбира се, не искам да кажа, че всички фармацевтични компании са със същите неетични практики, но е факт, че за доста хора последиците от употребата на алопатични лекарства твърде често са трагични или катастрофални. Още по-мрачен е фактът, че днес никой не може да предвиди дългосрочните въздействия, които химичните лекарства могат да имат върху човешкия организъм. Допълнителна литература за неблагоприятните симптоми или странични действия има в изобилие в медицинските журнали, цитирани в използваната литература⁵⁰⁻⁵⁴. Няколко изследователи са докладвали за плашещо невежество на лекарите по отношение на използването на антибиотици⁵⁵⁻⁵⁷.

През последните 15 години се опитвам да насоча вниманието на медицинската общност към тези наистина жизненоважни въпроси. Говорил съм в различни университети в Америка и Европа – винаги като гост на студенти по медицина. Говорил съм и професионално на ежегодните си семинари пред лекари по целия свят за тези проблеми и, изглежда, никой не оспорва истинността на изводите ми. За лекцията ми в Сан Франциско през 1978 г. Рибард Гросинджър пише:

Когато Витулкас говори пред Университетската болница в Сан Франциско, Калифорния, медицинският персонал 5 минути го аплодира на крака въпреки факта, че в лекцията си той разби на пух и прах медицината, практикувана във въпросната сграда⁵⁸.

По същество повечето хора не оспорват истинността на твърденията ми и въпреки това промяна няма. През годините много авторитети са отправяли същите предупреждения, но промяна в мисленето по отношение на медицината липсва. Може би сега има нужда медицинските институции да вземат под внимание тези мисли, да проучат тези въпроси и да публикуват собствените си заключения. Вече са

налице достатъчно научни данни в подкрепа на представените тук твърдения. Но ако въпросните институции имат нужда от още изследвания, трябва бързо да ги проведат. Задава се ураган от болести, който няма да пожали никого.

В края на книгата застъпвам хипотезата, че ситуацията със СПИН е силно свързана със **заболеваемостта** от и с **лечението** на венерическите болести. Някои от идеите ми по този въпрос важат и за дискутираната тук тема.

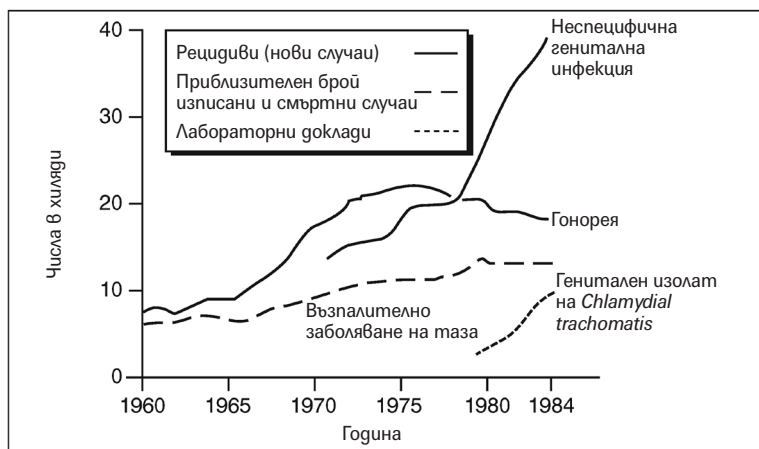
В началото за мен и за много венеролози беше ясно, че *неспецифичен уретрит* е не друго, а продължението на гонорейната инфекция в по-латентна и хронична форма. Предписваните многократно антибиотици с нищо не облекчаваха състоянието. Макар гонореята привидно да отслабваше, в действителност под натиска на антибиотиците тя се превръщаше в неспецифичен уретрит или засилващи се уринарни инфекции. Всъщност неспецифичният уретрит започва да достига епидемични размери сред населението. Няколко авторитета са говорили по въпроса:

Това личи и от факта, че е налице постоянен ръст на годишната заболеваемост от **негонококов уретрит (НГУ)** в момент, когато гонореята започва да се овладява в някои западни държави, подчертавайки необходимостта да проучим критично епидемиологията на НГУ⁵⁹.

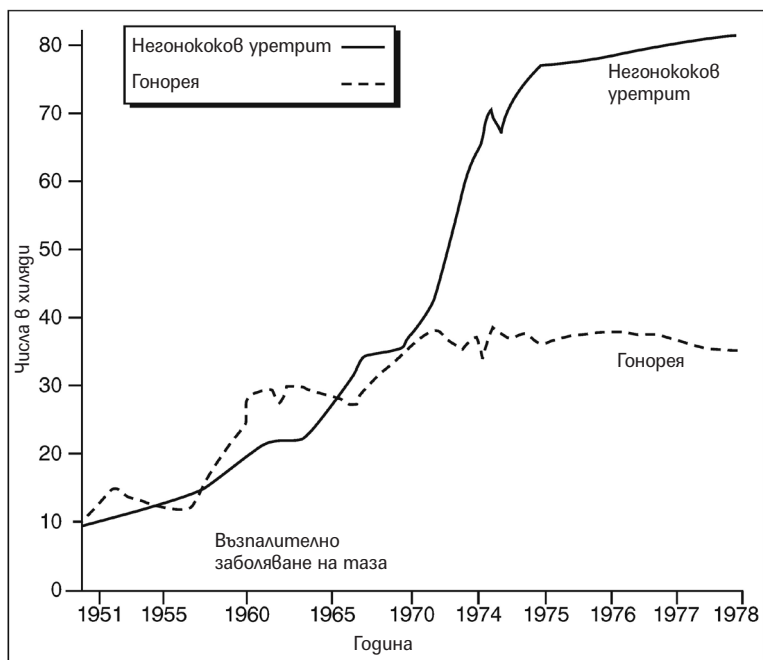
Хроничният простатит може да се появи след гонококовия или негонококов уретрит и е особено често срещан след последния. Наистина този *тих* простатит почти неизменно съответства на негонококовия уретрит. Лечението, когато причината е известна, е емпирично и често неудовлетворително⁶⁰.

Факт е, че ние всъщност не лекувахме инфекцията, а по-скоро я трансформирахме в друга, по-хронична форма. Изследователите потвърждават, че хроничният уретрит може да е последната фаза на ненапълно излекувания остър уретрит⁶¹.

Въпреки че в предходните десетилетия проблемът с венерическите болести се свеждаше главно до сифилис и гонорея, в съвременното общество тези две инфекциозни болести отидоха на втори план. Появилите се след тях нови полово предавани болести добиват епидемични размери. Такива болести са неспецифичните генитални и уринарни инфекции, главно дължащи се на *Chlamydial trachomatis*, *Candida albicans* (предизвиква кандидоза), херпесният вирус (*simplex* и *complex*) и вирусите на гениталните брадавици (Виж Фигура 1 и Фигура 2).



Фигура 1: Инфекции на гениталния тракт при жените в Англия и Уелс (1960–1984). Епидемиология на гениталните хламидни инфекции; *Infection-1982*, 10 (Supp.): S33.



Фигура 2: Докладвани случаи на негонореен уретрит и гонорея в Англия и Уелс (1951–1978). Sexually transmitted disease surveillance in Britain, 1984; *British Medical Journal*-1986, 293:943.

С оглед на първите 2 фигури можем да направим някои заключения:

- Бяха необходими няколко години антибиотично лечение, за да видим ясно дългосрочните странични действия на антибиотиците и изключителния ръст на неспецифичните генитални инфекции.
- Въпреки масираната употреба на широкоспектрни антибиотици продължаваме да наблюдаваме случаи на гонорея и огромен ръст на неспецифичните генитални инфекции.

в. Всички случаи на гонорея, които са били смятани за излекувани, сега се появяват като хронични случаи на неспецифични генитални инфекции.

Тук *Chlamydia trachomatis* е отговорна за около 50% от неспецифичните генитални инфекции. (Хламидиалните инфекции вероятно са най-разпространените полово предавани болести⁶².)

Агенцията за контрол на храните и лекарствата заявява твърдо, че в САЩ хламидиалните инфекции са по-разпространени от всяка друга венерическа болест; и има поне 3 случая срещу всеки 2 случая на гонорея... Три милиона американци годишно се инфектират с хламидия⁶³.

И така, виждаме, че неспецифичните генитални инфекции са на първо място сред полово предаваните болести^{5,6}.

Според моята хипотеза при всяко лечение на гонорея с антибиотици всъщност инфекцията – лекувана многократно с тези лекарства – е била изтласквана по-навътре в организма, водейки до хронично възпаление на простатата или усилващи се уринарни и генитални инфекции. Следните твърдения потвърждават правилността на хипотезата:

Хроничният простатит обикновено се развива в резултат на инвазия на бактерии от уретрата⁶¹; гонококовият простатит възниква само при мъже, които преди това са имали гонококов уретрит⁶⁴.

Хроничният небактериален простатит е много по-разпространен от хроничния бактериален простатит. Това състояние не е добре разбрано и не откликва добре на лечение. Повечето пациенти са лекувани с един или повече курса антибиотици, преди да бъдат изпратени за изследване на простатата. Това [лечение] може да е достатъчно, за да предотврати растежа на микроорганизми, но е недостатъчно, за да **потисне** [акцентът е мой]

симптомите или да премахне предразположението към упорит неспецифичен уретрит⁶⁵.

Когато говорят за потискане на симптомите, лекарите не осъзнават, че най-вероятно на по-дълбоко ниво ще се прояви друго оплакване, представляващо симптомите. Медицинското образование все още не е изострило вниманието на лекарите към факта, че трябва да разглеждат човека като единна цялост, а не просто като съвкупност от части. И така не съзнават, че потискайки даден симптом, всъщност може да нанасят вреда на целия организъм.

Както острият, така и хроничният бактериален простатит могат да бъдат свързани с реинфекции на уретрата при проследяване на пациентите в продължение на няколко години след приема на бактериологични лекарства⁶⁶.

Ранните наблюдения на пациенти с хроничен бактериален простатит разкриха, че чувствителните бактерии персистират в простатната течност въпреки серумните нива на бактерицидните препарати, далеч надвишаващи минималната инхибиторна концентрация на инфектирания организъм⁶⁷. Това означава, че патологичните организми персистират в простатната течност въпреки огромните дози антибиотици⁶⁸.

И така, виждаме, че когато специфичен уретрит е бил лекуван с антибиотици, се появявал неспецифичен уретрит, простатит или генитална инфекция.

Затова изобщо не се изненадах, когато през 1981 г. бе установен нов вирус, откритан основно при *промискуитетни* хомосексуални мъже. Общият знаменател между моята теория и откриването на вируса е, че при точно тази група сифилисът или гонорейните инфекции са доста честы и се лекуват с антибиотици. Много от тези хомосексуалисти използват антибиотиците профилактично преди полов акт и

така увеличават употребата си на антибиотици 50 до 100 пъти в сравнение с останалата част от населението.

- Възможно ли е тогава лечението с тези лекарства в съчетание със специфичния натиск върху организма, предизвикан от венерическото заболяване, да е довело до омаломощеното състояние на имунната система и съответно да е позволило развитието на *нов вирус*?
- Възможно ли е *недостатъчността* да е *придобита* главно заради предшестващите антибиотични лечения?
- Как е възможно доскоро силните имунни системи на млади хомосексуални мъже да бъдат унищожени в рамките на няколко години след началото на хомосексуалните им практики?
- Можем ли да обвиняваме мъжката хомосексуалност за СПИН? Този въпрос е задаван и проучван от редица сериозни изследователи.

На тези въпроси ще се опитам да отговоря в следващите глави. Но бих искал да повторя, че за да може човек да разбере добре теорията ми за СПИН, ще трябва да прочете цялата книга, така че да се запознае детайлно с аргументацията ми.

Идеите, които застъпвам в настоящия *Модел*, не са теоретични прищевки на въображението ми, а принципи, формулирани в резултат на 28 години опит и наблюдения при лечението на над 150 000 пациенти с най-различни заболявания. Наблюдаването и проследяването на такъв голям брой случаи бе възможно, защото бях директор на голяма клиника в Атина, Гърция, в която 30 лекари практикуваха алтернативна терапевтична дисциплина.

Важно е също читателят да не губи от поглед целите, които настоящият *Модел* си поставя, а именно:

1. Да формулира основните закони и принципи, които управляват човешкото тяло в здраве и болест.
2. Да обясни причината или причините за лошото здраве на човечеството в момента.
3. Да помогне на читателя да реши кой е най-добрият начин за лечение на болестите при човека.
4. Да помогне на читателя да осъзнае, че престъпването на съществуващите закони на природата носи след себе си последствия.

Бих искал да повтора, че не виня и не търся отговорност на отделните учени, корпорации, фармацевтични компании, университети или правителства за състоянието на *здравето* ни понастоящем. Определено вярвам, че всички, които се занимават със здравето, са работили съвестно и всеотдайно в съгласие с разбирането и способностите си, за да осигурят най-доброто здравеопазване, което са смятали за възможно. Вярвам също обаче, че повечето от тях са попаднали в омагьосания кръг на *очевидните истини*, възникващи при задаването на неправилните въпроси, и упорито са преследвали убягващи отговори. Крайният резултат е хаос. Като цяло смятам, че медицинските изследвания са поели в погрешна посока.

Въпросът, който обикновено си задават в изследователските лаборатории, е: **Можем ли да намерим химическа или биологична субстанция, която ще елиминира патологичния агент?**

Може да звучи парадоксално, но този въпрос е погрешен. Той и други също толкова неподходящи въпроси са насочили

усилията на изследователите в неправилната посока, карайки ги да търсят агенти, способни да *убият* вирусите, бактериите или гъбичките. Случващото се в действителност е, че след вкарването на химикала в тялото той унищожава не само вредните бактерии, но и други полезни микроорганизми, които са абсолютно необходими за поддържането на хомеостазата на тялото.

Правилните въпроси вероятно са:

1. Защо изобщо организмът позволява възникването на болестно състояние?
2. Как бихме могли най-добре да подкрепим естествените защити на тялото, за да се отърве от болестта?
3. Има ли друг начин за възстановяване на здравето, освен убиването на патологичните агенти с химически лекарства?

Смятам, че е било **жизненоважно** ангажираните в медицинските изследвания да си задават тези въпроси от самото начало, но, изглежда, никой не проявява интерес към подобни питання.

Не отричам факта, че изследванията са провеждани почтено и с най-добри намерения. Обаче, без да оспорвам интегритета или добронамереността, е време да разкрия собствените си доказателства и да предложи наблюденията си върху естествените принципи, управляващи здравето и болестта.

Заради *научната* програмираност в миналото новите идеи в *Нов модел за здравето и болестта* първоначално може да се сторят на читателя абстрактни, преждевременни и може би чужди, но тъй като се занимаваме с нов материал

и идеи, моля читателят да бъде търпелив и да не отсъжда, докато не прочете цялата книга.

Бих искал също да заявя от самото начало, че тезата за **нов модел на здравето и болестта** е само хипотеза, която се стреми да осигури прозрения за начина на функциониране на човека в здраве и в болест и за устройството му на всички нива на съществуването. Основното усилие ще е насочено към осигуряването на теоретичен *Модел*, който ще обясни *проявлението* на болестта и огромния ръст на хроничните дегенеративни заболявания в наше време.

Чувствам се длъжен също да кажа, че задачата, с която към се нагърбил, е изключително трудна и невероятно сложна и затова опитът да я изпълня в никакъв случай не е завършен или окончателен. Той само подсказва посоката, в която трябва да върви медицинската мисъл, за да се освободи от омагьосания кръг, в който е попаднала понастоящем.