

ДИАБЕТ ОТ «А» ДО «Я»

Институт интегративных исследований (ИИИ).

Аннотация.

В статье рассмотрены этиология, патогенез и пути лечения различных типов диабета. Также приводятся случаи диабета, не известных классической медицине. Все положения статьи рассматриваются с позиции созданной автором концепции информационно-волновой медицины.

Предисловие.

Почему медицинская наука считает, что диабет неизлечим? Дело в том, что классическая медицина не выявляет причины болезни, а лишь устраняет ее клинические проявления, т.е. симптомы.

Например, при онкологических заболеваниях она уничтожает раковые клетки (часто и не только раковые). При болях в позвоночнике лекарственные средства купируют боль, при гипертонии снижают давление и, наконец, при диабете искусственно снижают уровень сахара в крови.

Но ведь каждое заболевание имеет свою причину, устранение которой снимет и проявление этой болезни. А, сняв только симптомы, как это сегодня делают медики, мы не вылечим больного, а только переведем болезнь в категорию хронической.

На сегодняшний день существует более сотни так называемых синдромов, этиология которых не ясна. Как же могло случиться, что при наличии множества специалистов высочайшего класса, уникальной диагностической и терапевтической аппаратуры, пополняемой каждый год новыми образцами, огромного числа фармпрепаратов медицина так и не справляется с задачей, поставленной перед ней самой жизнью? Ответ очень прост, и он был дан выше: она начинает не с начала, а с конца, т.е. не с причины болезни, а с ее симптома.

В результате многолетних исследований автором разработана новая концепция, позволяющая без труда выявлять и устранять причины практически любых заболеваний. Иными словами можно сказать, что для этой концепции неизлечимых болезней нет.

Концепция названа "Информационно-волновая медицина". В её основе лежат информационно-волновые процессы, происходящие в любом биологическом объекте, в том числе в организме человека [1]. Мы работаем не с физическим телом человека, а с его информационно-волновым портретом, в котором в виде параметров излучений отражены все процессы, происходящие в организме, начиная с ДНК и заканчивая системами органов.

Введение

В конце прошлого века эндокринологом Михаилом Богомоловым была создана Российская Диабетическая Ассоциация (РДА). Она имела свой печатный орган под названием «Российская Диабетическая Газета» (РДГ). В номере 13 за 2001 год этой газеты было опубликовано очень интересное интервью президента ассоциации М.В. Богомолова, который рассказал следующее.

Во второй половине прошлого века перуанский врач Хорхе Каналес, болевший в то время диабетом 1 типа, решил исследовать процессы, происходящие в поджелудочной железе. В результате его исследований выявилась следующая последовательность работы этого органа.

Бета-клетки продуцируют несколько белковых субстанций. К ним относится, в первую очередь, препроинсулин, который затем превращается в проинсулин. В

процессе этого превращения препроинсулин выделяет в кровь так называемую "N-концевую последовательность" и стволовые клетки.

Последние обладают способностью превращения в бета-клетки. В свою очередь, проинсулин превращается в конечный продукт - инсулин, выделяя при этом белковую субстанцию С-пептид. Комплекс субстанций, выделяемый бета-клетками, впоследствии был назван комплексом Каналеса, или S-6 комплексом.

Х. Каналес считал, что роль С-пептида заключается в том, чтобы защитить организм от таких осложнений гипергликемии, как разрушения кровеносных сосудов, гангрена, ретинопатия. Он также был убежден, что лечение диабета должно осуществляться не инъекцией инсулина, а введением в кровь всех продуктов, выделяемых бета-клетками поджелудочной железы. Однако, ввиду мизерного количества этих продуктов такой процесс лечения является затруднительным и неэкономичным.

Идею Каналеса подхватили ученые шведского королевского госпиталя. Особого успеха в этом добился врач Джон Уоррен. Он проводил лечение больных диабетом путем введения в кровь искусственно синтезированного комплекса Каналеса. Однако, из-за высокой стоимости производства субстанций, содержащихся в этом комплексе, указанный метод лечения не нашёл широкого применения.

Кроме этого, Джон Уоррен провел большую работу по исследованию С-пептида. Применив этот белок для лечения более 200 пациентов, страдающих сахарным диабетом, он убедился, что С-пептид действительно предотвращает или обращает вспять развитие осложнений. Этот эффект он наблюдал даже у тех больных, которые имели высокий уровень сахара в крови в течение 10-15 лет.

Доктору Богомолу удалось встретиться с Х.Каналесом и близко познакомиться с методами его лечения. Оба врача считали, что введение больших доз инсулина отрицательно действует на состояние поджелудочной железы, и показали, что при введении микродоз инсулина эффект снижения сахара в крови пациента гораздо выше, чем при введении его в больших дозах.

В конце интервью М.В. Богомолу было кратко упомянуто о проводимых им экспериментах по информационно-волновому переносу лечебных свойств кристаллического инсулина на организм животных. Именно вопросом такого переноса я занимаюсь много лет.

Например, вместо прописанных мне таблеток я несколько лет пью воду, на которую перенесены их лечебные свойства. Поэтому, ознакомившись с интервью доктора Богомолу, я решил с ним связаться и обсудить некоторые аспекты его гипотезы. К сожалению, мне это не удалось. РДА была объединена с Российской Ассоциацией Инвалидов. По неизвестной причине N 13 РДГ исчез из интернета (к счастью, он сохранился в моем архиве). Как позже удалось выяснить, в России существует и другая Российская диабетическая ассоциация - РДА/РДГ, президентом которой и является в настоящее время Михаил Владимирович Богомолу.

Что касается новой методики лечения диабета, предложенной доктором Х.Каналесом и доктором М.В. Богомолу, на наш взгляд, они повторяют ошибку, запрограммированную всем процессом развития классической медицины. А именно, как и все эндокринологи, они подошли к вопросу лечения диабета с позиции устранения симптомов этого заболевания вместо выяснения и устранения его причины. Более того, на сайте РДА/РДГ доктор Хорхе Каналес высказал мнение об аутоиммунной этиологии диабета. Как будет показано ниже, это утверждение является ошибочным. Однако, честно говоря, с позиций классической медицины он имел основания на такую гипотезу. Дело в том, что ввиду отрицательной поляризации инсулина при диабете первого типа иммунная система признает его в качестве чужеродного белка, вырабатывая при этом соответствующие антитела. А так как знак поляризации собственного инсулина для классической медицины ни о чем не говорит, то появление антител можно принять за аутоиммунный процесс.

Чего не знает классическая медицина.

Вся изложенная ниже информация базируется на созданной автором концепции информационно-волновой медицины. Сущность этого подхода к дистанционной диагностике и терапии детально изложена в статьях [1,2].

Технологии информационно-волновой медицины создают новые возможности для исследования организма как открытой биологической СИСТЕМЫ, что недоступно классической медицине. К ним, например, относится технология ситуационного моделирования функционального состояния организма, позволяющая осуществить перенос его волновых характеристик на нейтральные носители с последующим их анализом.

В результате длительных исследований диабета удалось установить, что он является недугом, на течение которого влияют различные факторы.

Если спросить врача-диабетолога, почему диабетом 1-го типа заболевают дети и взрослые примерно до 30 лет, а диабетом 2-го типа только пожилые люди, вряд ли получим удовлетворительный ответ. Так в чем же разница между двумя типами диабета?

Как мы выяснили, различие состоит как в этиологии, так и в механизме "запуска" болезни. Так, основным фактором возникновения диабета 1-го типа является наличие генов диабета в геноме предков по отцовской и/или материнской линии, а, следовательно, и у ребенка. При этом под понятием "предки" мы понимаем 8 колен по материнской и 13 по отцовской линии. Эти цифры нами не придуманы, а, как показала практика, они ограничивают возможности метода.

Как нами установлено, каждому гену соответствует некоторая группа генетических вирусов, являющихся его "исполнительным механизмом". Эти вирусы заключены в белковую оболочку. Белковая оболочка обладает положительной поляризацией и защищает их от действия иммунной системы. Данная конструкция названа нами геновирусом.

При этом важно понимать, что геновирусы, рассматриваемые с позиций информационно-волновой медицины, не являются «биологическими субъектами», а лишь набором информационно-волновых структур. Иными словами, геновирусы – это информационно-волновые болезнетворные структуры, которые вызывают в организме те же патологические очаги, что и адекватные им по излучению группы живых вирусов.

Таким образом, согласно нашей концепции, диабет первого типа следует отнести к классу генно-вирусных заболеваний.

Существует два вида пусковых механизмов, активирующих геновирус диабета первого типа. Наиболее часто встречающимся из них является вредное излучение геопатогенных зон (ГПЗ). Следует отметить, что от момента начала воздействия ГПЗ на организм до полного разрушения белковой оболочки геновируса, т. е. его активации, может пройти несколько лет. Это чаще всего происходит в том случае, если постель ребенка находится в области излучений ГПЗ.

Активный геновирус, находящийся в органе-мишени, т. е. в поджелудочной железе, под действием излучения ГПЗ изменяет поляризацию всех структур поджелудочной железы с положительной на отрицательную. В итоге поджелудочная железа перестает нормально работать, а ткани организма перестают «узнавать» ее конечный продукт – инсулин. Это приводит к стойкому повышению уровня сахара в крови – гипергликемии. Классическая медицина в этом случае применяет инсулинотерапию, которая при правильно подобранном режиме лечения может привести уровень сахара в крови к норме.

Однако, такой подход делает поджелудочную железу фактически неработоспособной, а ребенка на всю жизнь заложником инсулинотерапии.

Вторым механизмом запуска диабета первого типа является вирусная атака организма. Это происходит в том случае, если ребенок предрасположен к воздействию различных вирусных инфекций, приводящих к возникновению в его организме патогенных очагов вирусной этиологии. Если в составе этих вирусов присутствуют аденовирусы, адекватные по своему действию геновирусу диабета, то, попадая в кровь, они активируют геновирус диабета, запуская тем самым болезнь. Как известно, аденовирус является "детским" вирусом и присутствует у большинства детей.

Дальнейшее развитие диабета при вирусной активации гена ничем не отличается от описанного выше.

С позиций информационно-волновой медицины лечение диабета первого типа начинается с устранения причин заболевания. Прежде всего следует разорвать генетическую цепочку по материнской или отцовской линии. Это достигается «стиранием» генетической информации с помощью разработанной нами технологии. Далее следует удалить ген диабета из генома пациента, а также из всех структур поджелудочной железы. После этого восстанавливают поляризацию структур поджелудочной железы и гормоноподобного белка стимулина.

Виду того, что указанные выше действия проводятся на фоне инсулинотерапии, они должны осуществляться медленно, одновременно с постепенным снижением доз инсулина.

Технология информационно-волновой медицины позволяет выполнить эту операцию за относительно непродолжительное время. В результате такого воздействия достигается полная нормализация уровня сахара в крови. Для проверки нормального функционирования поджелудочной железы достаточно установить наличие положительной поляризации С-пептида и конечного продукта – инсулина. Положительный знак поляризации соответствует нормальному состоянию всех структур поджелудочной железы, т.е. отсутствию диабета.

Описанная выше методика была проверена на практике. Нам удалось излечить 12-летнюю москвичку, страдавшую диабетом 1-го типа, возникшим в результате вирусной атаки.

Ниже приводится выписка из истории болезни девочки, составленной ее родителями.

«Нашей дочери в возрасте 12 лет в конце февраля 2012 года был поставлен диагноз «диабет 1 типа». Диагноз был поставлен в Морозовской больнице г. Москвы, куда нас доставили на «Скорой» с сахаром 33 моль/л. В больнице были сделаны анализы, показавшие высокий уровень гликированного гемоглобина 11,9 %, С-пептид – 205 пмоль/мл (норма 0.3-2.4) и повышенный титр антител АТ к GAD 15 ед/мл (норма менее 1). С этого момента и до начала лечения у Марка Гринштейна дочь постоянно была на интенсивной 4-разовой инсулинотерапии (средняя дозировка примерно 8 ед/сутки). Лечебные сеансы М.Г. начал проводить с 6 мая 2012 года. В течение 10 дней были достигнуты следующие результаты:

1. Снижение ежедневной дозы инсулина со значений «средняя 8 ед. в сутки» до стабильного состояния «полный отказ от инъекций».
2. При этом уровень сахара в крови (как средний, так и пиковые значения) понизился относительно состояния «до начала сеансов».
3. По субъективным оценкам, существенно повысился уровень саморегуляции сахара организмом, что выражалось в отсутствии пиков после еды и заметном смягчении реакций на погрешности в диете.

Анализы, сданные через месяц после начала лечения, показали повышение уровня С-пептида до нормы. Уровень гликированного гемоглобина также приблизился к норме.

Факты, на основании которых мы делаем заключение, что эти показатели были достигнуты в результате лечебных сеансов М.М. Гринштейна, следующие. В течение всего периода заболевания (более 2 месяцев) не было ни одного дня, когда суточная доза инсулина была бы менее 8 единиц.

1. Заметный регулярный прогресс был достигнут непосредственно с первого лечебного сеанса М.Г. А именно: хотя дозировка ультракороткого инсулина «под обед» по рекомендации М.Г. была снижена сразу на 40% (с обычных 2,5 ед до 1,5 ед), после обеда уровень сахара вырос до 10 и далее стал падать, что значительно отличалось в лучшую сторону относительно ранее наблюдаемой нами картины заболевания. Дозировка «под ужин» в тот же день была снижена на 50%, также без заметных отклонений в худшую сторону от уровня сахара после ужина.

2. Прогресс, заключающийся в снижении дозировок инсулина без превышения обычного уровня сахара, наблюдался постоянно в течение указанного периода времени. Дозировку инсулина в период проведения сеансов снижали практически каждый день.

3. В течение периода лечебных сеансов неоднократно наблюдалась скачкообразная позитивная реакция организма (снижение уровня сахара) на эти сеансы. Реакция фиксировалась нами независимо от того, предупреждал ли нас М.Г. о проводимых воздействиях заранее или на следующий день.

4. С пятого дня сеансов наша дочь принимала воду, заряженную лечебным полем, созданным М.Г. На фоне полной отмены инсулинотерапии в течение 2 дней отмечались периодические проявления гипогликемии, причину которых мы связываем с приемом заряженной воды. Это могло произойти в результате превышения дозировки, рекомендованной М.Г. Таким образом, уровень сахара в крови снижался именно заряженной водой. После отмены приема заряженной воды явления гипогликемии прекратились, и в течение последующих дней наблюдался нормальный уровень сахара в крови при полном отсутствии инъекций инсулина.

5. В период сеансов не применялись никакие дополнительные меры по снижению уровня сахара в крови, такие как прием медикаментов, физические нагрузки, массаж, иглоукалывание, изменения диеты и т. п.»

Следует отметить, что воздействие на организм ребенка было выполнено методом дистанционного лечения. Место проживания девочки - Москва, а автора - Израиль.

Может возникнуть справедливый вопрос: «Почему иммунитет человека до 30 лет не всегда "справляется" с аденовирусом?»

Дело в том, что при рождении иммунитет ребенка находится на низком уровне, причём его полное формирование заканчивается примерно к 25-30 годам, одновременно с завершением формирования организма. Однако, организм ребенка не оказывается беззащитным.

В середине прошлого века американскими учеными было установлено, что в молозиве молока матери находится белковая молекула, названная "трансфер-фактор". Эта молекула, попадая в организм ребенка, организует его защиту от влияния болезнетворных структур и одновременно запускает информационную часть иммунитета. Ученые считают, что если первые 3 дня после рождения ребенок не вскармливается молоком матери, то "трансфер-фактор" в его организме не обнаруживается со всеми вытекающими последствиями. В ряде случаев в результате не совсем понятного сбоя ребенок также лишается этого защитного фактора. Можно предполагать, что так произошло в вышеописанном случае. Очевидно, что защитные силы организма не справились с вирусной атакой, где среди прочих вирусов присутствовал и болезнетворный аденовирус.

В чем же состоял механизм излечения? Первым делом мы разорвали генетическую цепочку диабета по материнской линии (по отцовской линии она

отсутствовала). Далее ген диабета был удален из патогенной части генома ребенка, из коры головного мозга и из всех структур хвостовой части поджелудочной железы. Затем из гормоноподобной структуры стимулина были удалены находящиеся там аденовирусы. Указанное воздействие осуществлялось постепенно и в общей сложности заняло 10 дней до полного отказа от инъекций инсулина. Мы полагаем, такой короткий срок лечения можно объяснить тем, что с момента диагностирования болезни до начала лечения прошло немного более двух месяцев. Следует отметить, что одновременно с уменьшением дозы инсулина в течение нескольких дней применялась питьевая вода, структурированная «длинным» инсулином типа лантус.

Исследуя диабет первого типа, мы пришли к выводу, что при отсутствии механизмов его запуска в период формирования организма он может возникнуть в более позднем возрасте либо вовсе не появиться. Автор наблюдал интересный случай. У мужчины 52 лет диабет первого типа был обнаружен в 25-летнем возрасте. При этом нами было установлено, что ген диабета передался ему по материнской линии. Его мать при генетической предрасположенности так и не заболела диабетом первого типа. Однако, в пожилом возрасте у нее был обнаружен диабет второго типа (не инсулинозависимый).

Что же представляет собой диабет второго типа?

В отличие от диабета первого типа, диабет второго типа не является генно-вирусным заболеванием и его течение имеет свои особенности. Если диабет первого типа считается детским диабетом, то диабет второго типа – это удел пожилых людей. Как нами установлено, пусковым механизмом диабета второго типа является ген старения, который заложен в организм человека самой природой. Чтобы ясно представить себе механизм воздействия этого гена на организм человека, нужно иметь в виду, что он активируется в момент прекращения выработки гормона роста соматотропина, а до этого времени находится в неактивном состоянии. Ген старения воздействует на организм человека с момента активации до завершения жизненного пути.

Как мы выяснили, в течение жизни человека ген старения активируется дважды. Первый раз после полного формирования организма, а второй раз примерно к 50 годам, в процессе гормональной перестройки. Чтобы понять механизм этого явления, необходимо рассмотреть структуру гена старения.

Как мы установили, этот ген представляет собой двухуровневую систему. Первый уровень управляет геновирусом, состоящим из 49 аденовирусов. Второй уровень, кроме аденовирусов, содержит вирус семейства герпес.

При первой активации гена старения первый уровень его приобретает отрицательную поляризацию. При этом осуществляется заложенное природой управление процессом старения путём проникновения геновируса в клетки всех органов и других биологических структур организма. Второй уровень гена старения остается при этом пассивным.

Следует заметить, что в природе существует более 50 типов аденовирусов, только часть из которых являются болезнетворными.

Аденовирус, входящий в структуру геновируса старения, не является болезнетворным, и поэтому функциональное состояние соответствующих органов ухудшается очень медленно.

При вторичной активации гена старения в работу включается второй его уровень. При этом интенсивность защитных свойств местного иммунитета поджелудочной железы значительно снижается. Этот факт объясняется тем, что второй уровень гена старения внедряет в структуру местного иммунитета поджелудочной железы аденовирус и вирус семейства герпес.

В результате функциональное состояние поджелудочной железы значительно ухудшается, что вызывает необходимость применения сахароснижающих препаратов. Следует также иметь в виду, что содержание воды в организме пожилого человека составляет 60-65% от общей массы организма. Это приводит к тому, что при вторичной активации гена старения происходит также структурирование воды поджелудочной железы аденовирусом и вирусом семейства герпес со всеми вытекающими последствиями.

Из сказанного выше может создаться впечатление, что каждый пожилой человек должен заболеть диабетом второго типа. В действительности это не так, и к данному заболеванию предрасположены лишь те пожилые люди, у которых организм подвержен влиянию неблагоприятных внутренних и внешних факторов. В первую очередь, здесь имеется в виду степень отягощенности организма болезнетворным излучением геопатогенной зоны. Следует обратить внимание читателей на тот факт, что в случае длительного пребывания субъекта под воздействием этих излучений его иммунитет значительно снижается. На наш взгляд это является основным фактором, вызывающим заболевание диабета второго типа.

Нами исследована семья, где оба родителя страдали диабетом второго типа. При этом их взрослая дочь оставалась абсолютно здоровой. Методом ситуационного моделирования нам удалось установить, что оба родителя длительное время находились под влиянием излучений геопатогенной зоны, в то время как дочь не испытывала этого влияния. В результате к 50-ти годам иммунитет родителей был снижен почти до самого низкого уровня, а у дочери он оставался высоким. Дальнейшие исследования показали, что болезнетворные излучения ГПЗ изменили хромосомный набор родителей, внедрив в него аномальную 47-ю хромосому, мутированную спектром болезнетворных излучений ГПЗ, адекватных спектру информационно-волновых излучений большой группы вирусов.

Нами также установлен интересный факт, заключающийся в том, что, несмотря на уменьшение выработки инсулина под действием гена старения, его поляризация остаётся положительной. Этим подтверждается наше высказывание о том, что болезнетворный аденовирус гена диабета и аденовирус гена старения различны по своему действию.

Из указанного выше можно сделать вывод, будто человек, страдающий диабетом второго типа, может прожить всю жизнь, не прибегая к инъекциям инсулина.

На практике всё обстоит гораздо сложнее, так как основным источником вводимых в организм углеводов является пища. А строгое соблюдение диеты - большая проблема. Наступает момент, когда сниженный местный иммунитет не может поддерживать нормальный уровень сахара в крови даже при приеме предельно допустимых доз сахароснижающих таблеток. В этом случае классическая медицина прибегает к инъекциям

инсулина, и больной всю оставшуюся жизнь связан с измерением уровня сахара в крови и уколами.

Как нам представляется, больных, страдающих диабетом второго типа и применяющих инъекции инсулина, можно избавить от этих инъекций только в случае непродолжительного их применения. В настоящее время автор работает с такими больными.

При поиске и исследовании эффективных методов снижения уровня сахара в крови мы применяли следующие технологии.

1. Удаление гена старения из всех структур поджелудочной железы. Сюда же относится удаление аденовируса и вируса семейства герпес из структуры местного иммунитета этого органа. Это достигается применением питьевой воды, структурированной инвертированными и усиленными информационно-волновыми излучениями указанных структур самого больного.

2. Очищение структуры воды организма, и в частности, поджелудочной железы от внедренных в них болезнетворных излучений вторичного гена старения и болезнетворных излучений гепатогенной зоны.

3. Удаление аномальной хромосомы из хромосомного набора поджелудочной железы и коры головного мозга.

Эти технологии были проверены на больных диабетом 2-го типа и показали хороший результат.

Завершая описание диабета двух известных типов, хотелось бы добавить следующее. При обследовании большого числа больных диабетом нами наблюдались случаи этого заболевания, не вписывающиеся по ряду признаков ни в диабет 1-го, ни в диабет 2-го типов. Так, подросток 16 лет в течение 4 лет страдает диабетом, который врачи относят к 1-му типу. Мы установили, что молодой человек не предрасположен к генно-вирусному типу диабета ни по отцовской, ни по материнской линии. В структурах его поджелудочной железы нами не обнаружено следов аденовирусов. Но зато в его крови и в поджелудочной железе был обнаружен активный вирус семейства герпес. Этот вирус изменил поляризацию всех структур поджелудочной железы и привел болезнь к инсулинозависимому типу диабета, отличающегося от диабета первого типа только этиологией.

Интересен еще один случай. К автору обратился молодой ученый, который в возрасте 31 года заболел диабетом. По его словам, на таблетках он продержался полтора года, после чего был переведен на инсулин. По результатам дистанционного обследования нами установлено отсутствие наследственных признаков как по материнской, так и по отцовской линии. Таким образом, его диабет нельзя отнести к первому типу, тем более, что вначале врачи назначили ему сахароснижающие таблетки. Его диабет нельзя также отнести ко второму типу, так как он возник в течение одного-трех лет после первой активации гена старения.

Как мы установили, причиной, вызвавшей этот «нестандартный» тип диабета, явилось поражение слюнных желез вредными излучениями мобильного телефона, которым он пользовался по несколько часов в день. В результате околоушные слюнные железы оказались сильно отягощенными этими излучениями, которые через гормоноподобный белок стимулин попали в поджелудочную железу.

Интересно, что, исследуя этот процесс методом ситуационного моделирования, мы нашли возможность снижения сахара в крови путем облучения модели поджелудочной железы защитным полем устройства, созданного нами для нейтрализации вредного излучения сотовых телефонов.

В настоящее время медицине не известны причины возникновения диабета любого типа, и, в конце концов, лечение каждого из описанных типов начинается или заканчивается назначением инъекций инсулина. Однако, для понимания особенностей течения диабета различных типов этиология несомненно играет основную роль.

Заключение

Данная статья предназначена для медицинских работников, а также для читателей, интересующихся новыми технологиями инновационной медицины. В ней показана не только возможность излечения диабета, но и пути ее реализации.

Автор понимает, что отсутствие информации об отдаленных результатах лечения не даёт оснований для формального утверждения о возможности полного излечения от диабета. Тем не менее, мы не видим причин, которые могли бы привести к возврату инсулинотерапии.

В настоящее время проводится дальнейшая апробация предложенных методов применительно к диабету обоих типов.

Как нам представляется, даже после излечения больных от диабета обоих типов необходимо некоторое время контролировать параметры поджелудочной железы.

Мы не исключаем возможности, что, кроме описанных выше случаев диабета, могут обнаружиться и другие неизвестные доселе причины возникновения этого заболевания.

Автор будет благодарен за отзывы и замечания, присланные по адресу: [**biomagen@gmail.com**](mailto:biomagen@gmail.com).

Литература.

1. Гринштейн М. Незнакомая медицина.

http://www.markgrin.iri-as.org/stat/01_un_medic.pdf

2. Гринштейн М. О чём шепчутся гены.

http://www.markgrin.iri-as.org/stat/02_gens_whisp.pdf

3. Блиев Ю. Прощай, инсулин.

http://medgazeta.rusmedserv.com/2001/79/article_690.html.

4. Форум dia-club.

http://www.dia-club.ru/forum_ru/index.php