**И снова о коронавирусе COVID-19 …**

**(часть вторая)**

******

***«Тот, кто, обращается к старому, способен открывать новое …»***

***Конфуций***[***https://aforizm.org***](https://aforizm.org/aforizmy/633-tot-kto-obrashchayas-k-staromu-sposoben-otkryvat-novoe)

Доброго времени суток, дорогие Друзья! Это публикация - продолжение материала, который некоторое время тому назад был размещен на просторах интернета, а именно 23 апреля 2020 года на сайте информационного агентства «АВРОРА» <https://aurora.network/articles/136-chelovek-i-obshhestvo/78790-i-snova-o-koronaviruse-ovid-19> это текст статьи и, там же **Кирилл** (Викторович) **Рычков** главный редактор информационного агентства "**Аврора**" провел со мной интервью ( <https://www.youtube.com/watch?v=LgX-SRrliho>).

В интервью и тексте статьи мною было высказано предположение о возможности применения такого лекарственного средства для борьбы с новой короновирусной инфекцией COVID-19, вызываемой вирусом SARS-CoV-2 как **гексаметилентетрамин** (он более известный под международным непатентованным названием метенамин, аналогом которого являются препараты Российского производства «кальцекс» и «уротропин»). Указанный лекарственный препарат был зарегистрирован еще в СССР, а так же во многих странах Европы, Азии, Америки, в частности: в Германии, Италии, Финляндии, Нидерландах, Дании, Исландии, Польше, Японии, Тайване, **США, Канаде и так далее…, и так далее. Публикую ссылку на сайт, где об этом есть сведения** https://pillintrip.com/ru/medicine/

Были приведены весьма убедительные аргументы в пользу целесообразности применения этого препарата для лечения указанного заболевания, основанные на колоссальном количестве иностранной, Советской и Российской научной литературе. Ибо, опыт применения гексаметилентетрамина при инфекционных бактериальных, вирусных и иных заболеваниях (например, таких как циститы, пиелиты, мочекаменная болезнь, подагра) насчитывает **(здесь, пожалуйста - внимание!!!)** более чем вековой период.

**Про гексаметилентетрамин (*Methenamin)*…**

Итак, попробую кратко, еще раз озвучить те моменты, которые являются ключевыми и которые предопределили мой повышенный интерес к этому лекарственному средству.

В 1860 году великий русский химик, основоположник мировой органической химической науки Александр Михайлович Бутлеров (его, кстати, называют Менделеевым в органической химии) впервые синтезировал вещество и назвал его **гексаметилентетрамином**.

Как я уже говорил, гексаметилентетрамин имеет историю более векового применения в клинической медицине многих стран. То есть, препарат, применяемый во все мире более сотни лет, изучен «вдоль, и поперек».

Я вынужден изначально извинится перед Вами дорогие друзья! Поскольку этот материал предназначен для общей аудитории. И для людей далеких от науки и медицины и для специалистов в различных областях Знания. Поэтому, как бы мне не хотелось, но без специальной терминологии обойтись не смогу. Просто постараюсь ее минимизировать.

Так вот, как следует из опыта применения этого препарата, опубликованного в многочисленных мировых научных изданиях, используют гексаметилентетрамин при инфекционных процессах в мочевыводящих путях, а также при холециститах и холангитах, кожных аллергических заболеваниях (крапивница, полиморфная эритема и др.), заболеваниях глаз (иридоциклиты, кератиты и др.), менингит, энцефалит, арахноидит, а это зачастую заболевания вирусного происхождения.

Гексаметилентетрамин (и его аналоги) является пролекарством в результате его распада в кислой среде или в нейтральной под воздействием ферментов образуется активный молекулярный формальдегид в концентрациях безопасных для пациента, но достаточных для подавления вирусов и бактерий.

**Теперь, ВНИМАНИЕ, ЭТО ВАЖНО!!! Поскольку основным осложнением в развитии коронавирусной инфекции является пневмония, то, как уже мною было озвучено, гексаметилентетрамин распадется с выделением формальдегида в очагах воспаления, там, где среда воспаленных тканей легкого – кислая!!! Следовательно он, уничтожит вирус и не только в легких, а там, где бы этот вирус не находился, там – где есть воспаление!!!**

Гексаметилентетрамин способен блокировать механизм проникновения вируса в клетки через нейтрализацию активных протеолитических ферментов вируса.

Далее, Гексаметилентетрамин оказывает прямое повреждающее действие на РНК и ДНК вирусов, но сохраняет антигенность их белковых структур, что способствует активной выработки специфических антител против вирусов.

Если очень кратко суммировать мировой опыт изучения этого вопроса, то абсолютно доказано, что высвобожденный из гексаметилентетрамина формальдегид реагирует с аминогруппами пуринов и пиримидинов вируса (а это то, из чего состоит РНК и ДНК). А это, в свою очередь, уничтожает как матричную активность нуклеиновых кислот вируса, так и их способность служить переносчиком информации, что приводит к полной инактивации **(ВНИМАНИЕ!!!)**  любого вируса. Тщательное изучение противовирусного действия формальдегида на РНК и ДНК-содержащие вирусы, отсутствие его токсического и мутагенного действия, опубликовано в многочисленных работах авторитетных мировых вирусологов.

Исходя из того, что формальдегид не разрушает белки вирусов, то есть сохраняет антигены, иммунная система продолжает активно вырабатывать антитела против вирусов. Получается двойное воздействие на вирус (прямое и опосредованное, то есть получается уничтожение вируса и так называемая внутренняя иммунизация).

**Важно!!!** Причем, выработка антител в организме будет происходить на конкретный штамм вируса, а не вообще и не на предыдущие его варианты, с которыми иммунная система уже встречалась. То есть, снимается проблема иммунологического импринтинга (ответ «старыми» антителами на новый вариант вируса) (!).

Вот именно по этой причине формальдегид с давних пор применяется в технологии создания различных вакцин против различных вирусов. Например: вакцины против гепатитов А и В, против коклюша, дифтерии и столбняка, против гриппа, против полиомиелита и т.д.

В этом то и есть его универсальность.

Все то, о чем я сейчас рассказываю можно совершенно легко найти на просторах интернета и в специальной научной литературе в бесконечном множестве публикаций на эту тему.

Часть источников я публикую здесь в конце текста.

Мною были написаны предложения в министерства и ведомства (правительство РФ вице-премьеру Т.А. Голиковой; министру здравоохранения РФ М.А. Мурашко; директору ФМБА РФ В.И. Скворцовой).

Я специально не стану останавливаться на том, что составляет научную и практическую эффективность действия гексаметилентетрамина и его потенциальные возможности для эффективной борьбы с COVID-19 (все это размещено в предыдущих материалах, ссылки выше и далее буду на своем канале https://t.me/RodionovDoctor выкладывать дополнительную информацию по этому вопросу).

Так же, я не собираюсь комментировать ответы из министерств и ведомств от чиновников, ответственных за решение этой, крайне не простой проблемы. Суть их ответов сводилась к тому, что есть, кому думать и принимать решения, а Вы, уважаемый, внимательно эти решения изучайте и принимайте к исполнению. В лучшем случае: «… спасибо, за Вашу активную гражданскую позицию».

Все это было очень предсказуемо и ожидаемо. Но, эти шаги сделать было необходимо по понятным причинам.

И все. Попытки опубликовать свою позицию в СМИ (например, «Комсомольская правда») так же не увенчались успехом. Официальная позиция редакции: «…, а вдруг народ кинется в аптеки, и отравиться этим препаратом?».

Это отравиться безрецептурным препаратом, который имеет регистрацию многих государствах Европы, Азии и Америки и опыт применения более 100 лет в мировой клинической медицине при инфекционных и вирусных болезнях?!

Ну, при большом желании можно отравиться хоть чем. Так вот, в том варианте применения, о котором я расскажу далее, отравиться препаратом невозможно в принципе! Неофициально редакция мне сообщила, что очень зависима (включая финансирование) от федеральных властей и их позиции. То есть, никакие аргументы и доказательства – не в счет!

**Про безопасность гексаметилентетрамина…**

**Токсиколого-гигиеническая оценка гексаметилентетрамина по данным мировых исследований.**

В малых дозах гексаметилентетрамин считается нетоксичным: человек переносит несколько граммов ежедневно без вреда для здоровья. Летальная доза для него не известна.

Из источников мировой научной литературы приведу несколько коротких примеров [42].

При скармливании крысам-альбиносам по 0,4 г гексаметилентетрамина в день в течение 90 дней не наблюдалось ничего примечательного, кроме сильного и устойчивого окрашивания шерсти в желтый цвет.

Прием беременными собаками 0,06-0,125% раствора гексаметилентетрамина с кормом в течение 52 дней не по­влиял ни на число, ни на массу, ни на состояние здоровья новорождённых щен­ков. В опытах с более высокими дозами, в первые недели, наблюдали замедление роста. Никаких других нарушений в последующие два года наблюдений не заре­гистрировано. Отсюда делается вывод о том, что гексаметилентетрамин не тератогенен.

Добавка 1% раствора гексаметилентетрамина к питьевой воде для мышей и крыс в течение 60 недель также переносилась безразлично. Гексаметилентетрамин не канцерогенен.

Такой же результат был получен при добавлении 0,16% раствора гексаметилентетрамина в корм крысам.

Из-за хорошей растворимости в воде гексаметилентетрамин быстро всасы­вается и выводится с мочой. Часть его взаимодействует с кислотой желудочного сока, превращаясь в формальдегид, который тоже быстро всасывается и выводится из организма.

В то же время формальдегид – это абсолютно нормальный физиологический метаболит тканей человека. Его всегда можно обнаружить в крови в концентрации не менее 2 – 3 мкг/мл, а в моче – 12 – 13 мкг/мл.

Как пишет на сайте Роспотребнадзора эксперт **Руслан Мубаракшин, эпидемиолог,  главный врач Саргатского филиала ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в Омской области": «Старое, испытанное, используемое до сих пор лекарство уротропин вводят граммами даже детям, в тканях оно распадается до формальдегида, но за долгое время наблюдений никакого канцерогенного действия этого формальдегида так и не обнаружено»** [43].

Ученые установили, что формальдегид образуется в качестве побочного продукта при синтезе ДНК и некоторых аминокислот с участием фолата витамина, B9 (от 0,6 миллиграмма CH₂O в литре крови) [44;45]. Молекулярные биологи из Великобритании, США и Испании обнаружили, что в клетках человека в ходе одного из важнейших метаболических циклов из производных фолиевой кислоты может высвобождаться формальдегид. Вместе с тем интересно, что выработка формальдегида имеет и положительные эффекты — при его окислении образуются формиаты, участвующие в синтезе нуклеотидов для ДНК и РНК. Исследование [опубликовано](https://www.nature.com/nature/journal/vaop/ncurrent/full/nature23481.html) в журнале ***Nature*** [44].

Ученые с удивлением обнаружили, что токсичный формальдегид необходим живым клеткам, так как он тоже помогает синтезировать ДНК. Формиат, в который он превращается, используется для строительства некоторых молекул [45].

Более того, уже почти век в номенклатуре лекарственных средств, включая детские, имеется, например, гексаметилентетрамин (уротропин), который в тканях распадается до формальдегида. Его вводят энтерально и в вену граммами, не выявив за столь долгое время наблюдений канцерогенеза. Главное, показано отсутствие туморогенности и токсичности у вакцин, содержащих обезвреженные формальдегидом дифтерийный и столбнячный анатоксины всегда с остаточной примесью формальдегида.

В своей многолетней профессиональной деятельности я часто сталкиваюсь с таким психологическим феноменом как   триггерный фактор тревожного расстройства в онкологической практике (я химиотерапевт).

Так вот, пациенты, осознающие угрозу своему здоровью от использования химиотерапевтических высокотоксичных средств (а среди них есть производные боевых отравляющих соединений, например иприта), не задумываясь (несмотря на тревогу), решаются на многочисленные курсы химиотерапии и продолжают их, несмотря на массу побочных эффектов. Поскольку надеются, что вред от химиотерапии будет несопоставимо меньше, чем угроза прогрессирования рака (иногда это не так). На кону – Жизнь!

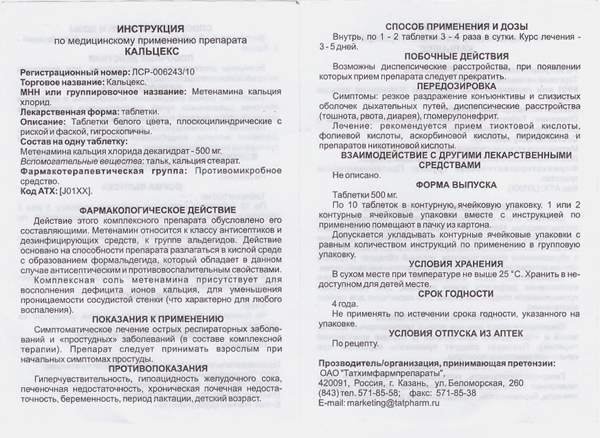
То, же самое и с лучевой терапией, когда мы со школьной скамьи знаем, что ионизирующее излучение – абсолютное зло, но в случае рака идем на этот риск в надежде сохранить себе Жизнь.

Но, вот парадокс. И что в случае рака и, что в случае COVID-19 существует реальная угроза жизни.

Но, как только люди слышат о том, что гексаметилентетрамин в организме начинает выделять формальдегид – возникает, паника! Мозг начинает рождать «чудовищ» в виде его (канцерогенности, токсичности и то, что в «нем хранят покойников» и т.д. и т.п.). А главное никакие научно обоснованные аргументы о том, что их представления далеки от действительности перестают работать.

Ну и последнее. В инструкции производителя (утверждается МЗ РФ) по применению препарата КАЛЬЦЕКС (гексаметилентетрамин), в разделе передозировка, указано на использование в качестве лечения от передозировки аскорбиновой кислоты.

Поскольку в предлагаемом нами наилучшем варианте предполагается использование гексаметилентетрамина при COVID-19 в сочетании с аскорбиновой кислотой, осложнения от передозировки невозможны в принципе.



**Про то, как развивались события…**

Тогда я решил иначе. Я был неплохо знаком с председателем нашей городской Думы, с которым мы в свое время по поручению нашего губернатора решали в министерстве обороны вопрос о передаче военного госпиталя со всей инфраструктурой в краевую юрисдикцию и хотели на его базе создать клинический, научно-исследовательский и производственный биотехнологический и фармацевтический комплекс. Увы, не случилось, поскольку на этот комплекс было обращено внимание начальника Департамента имущественных отношений Минобороны РФ госпожи Васильевой Евгении Николаевны, впоследствии, осужденной по всем известному уголовному делу. Ну, это так, отступление.

Так вот, наш председатель городской Думы по базовому образованию врач – пульмонолог. Он сразу понял и оценил предложенную идею лечения COVID-19. Но, увы, доказательной базы не было, только идея. И мною было принято решение пойти работать в клинику, где планировали открыть ковидный госпиталь, обычным врачом. Вот с его протекцией мне удалось перейти на работу в крупную многопрофильную государственную клинику районным онкологом.

Те коллеги кто меня знал, были крайне удивлены и обескуражены моим поступком. Ибо об истинных причинах своего решения мне говорить было рано. И этому были основания.

Так, в неформальном общении с коллегами профессорами в различных областях медицины неоднократно доводилось сталкиваться и с сомнениями и с недоверием. И даже когда у собеседников заканчивались все профессиональные аргументы против, то были два аргумента, на которые мне невозможно было в тот период ответить. А именно: «где конкретные успешные случаи клинического использования гексаметилентетрамина при COVID-19»? «При всем к вам уважении, как к врачу и ученому, скажите ведь столько врачей и ученых во всех странах пытаются решить эту проблему, а вы предлагаете такое простое решение»?

Во-первых, на самом деле оно вовсе не простое. Необходимо очень глубокое знание и понимание сути проблематики.

Во-вторых, вся история мировой науки во всех областях Знания свидетельствует именно об этом.

Самые прорывные открытия делают одиночки (Аристотель, Архимед, Галилео Галилей, Майкл Фарадей, Томас Алва Эдисон, Мария Склодовская-Кюри, Луи Пастер, сэр Исаак Ньютон, Альберт Энштейн, Никола Тесла, Вернер Гейзенберг и т.д.).

Как правило, революционные идеи рождают одиночки, но, в отличие от прошлых веков, среда догматиков еще никогда не была столь могущественна и многочисленна, как сегодня. Ведь если раньше новаторов сжигали на кострах инквизиции религиозные фанатики, то теперь мракобесие воцарилось в стане самой науки и оттого стало практически непобедимо.

К сожалению, стало преобладать «туннельное» мышление, когда «за тремя соснами леса не видно».

Отнюдь, ни в коем случае, не хочу себя сравнивать с «Великими Одиночками», но зачастую отсутствие быстрого и эффективного решения проблемы приводит к цикличной «зашоренности», погружению в изучение деталей. А «дьявол скрыт именно в деталях».

Итак. Через несколько месяцев, волна пандемии докатилась до нас и на борьбу с ней были мобилизованы врачи абсолютно разных специальностей. Мне даже не пришлось никого просить, мне предложили работу в ковидном госпитале. Вот хотите - верьте, хотите - нет, но я до сих пор, считаю это знаком свыше. «Так звезды легли». Разумеется, я прошел цикл повышения квалификации по специальности «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19». Есть сертификат.

Повторюсь, я совершенно сознательно пошел работать в COVID госпиталь, для того, чтобы самому непосредственно разобраться, что есть COVID-19, как он протекает и чем можно помочь пациентам. Работал там несколько месяцев.

И вот, в соответствии с ответами из МЗ и ФМБА на мои письма, я очень внимательно изучил их рекомендации по лечению COVID-19. И не только изучил, но и стал применять, впрочем, как и все коллеги, работавшие в «красных зонах».



Итак, какие выводы для себя я успел сделать.

Первое, болезнь крайне коварная (об этом уже хорошо известно и написано в разных источниках). Зачастую, при поступлении в госпиталь в удовлетворительном состоянии пациенты, с хорошим насыщением кислорода в крови, буквально в течение нескольких суток, а то и часов, превращались в тяжелых и крайне тяжелых с переводом в реанимацию и подключением к ИВЛ. Смертность зашкаливала! И продолжает забирать жизни ежедневно сейчас! Я такой смертности не видел никогда за всю свою профессиональную деятельность!

Второе, все, на тот период времени, рекомендации по противовирусной терапии, расписанные во временных рекомендациях по лечению COVID-19 МЗ РФ, потерпели фиаско! Эти рекомендованные препараты (например: хлорохин, гидроксихлорохин, комбинация лопинавир+ритонавир + ИНФ-β 1b просто не работали, а иногда и отягощали течение болезни). Ну и разумеется, арбидол – наименее токсичный и наиболее бесполезный препарат. Многие коллеги, работавшие в ковидных госпиталях, просто прекратили назначение этих препаратов.

То, что они не будут работать, я писал еще в 2020 году, как только их внесли в список рекомендуемых (смотри публикацию «И снова о коронавирусе …»). Сейчас их из рекомендаций убрали, но арбидол, теперь это умифеновир, с маниакальным упорством оставили. Несмотря на смену названия, он продолжает оставаться бесполезным.

Третье, в первые же дни применялись (и применяются до сих пор) антибиотики (не менее 2-х), иногда из категории резервных (после которых более простые уже не будут работать). Понятно, что мы врачи боимся присоединения вторичной бактериальной (госпитальной) инфекции. И, скорее всего, назначение антибиотиков оправдано, но не сразу и не из резервного ряда. Тем более что коррекция дисбактериоза не проводилась никому! Есть очень много противоположных мнений, очень знающих и авторитетных специалистов которые рекомендуют с большой осторожностью назначать антибиотики в первые сутки лечения.

А вот назначение антикоагулянтов и кортикостероидных гормонов ни у кого не вызывает сомнений, поскольку это обосновано. Ну, и разумеется, кислородная поддержка!

**Вот и весь основной наш, на тот момент, арсенал возможностей помощи пациентам! А далее – доброе слово и Молитва!**

Итак. Это было почти год назад. **А что сейчас?**

**Про то, чем мы Вас лечим …**

Для того чтобы избежать обвинений в критиканстве, в беспочвенном экстраполировании и подмене понятий и фактов далее практически буду цитировать данные мировых исследований, касающихся применения противовирусной терапии в современных условиях. Источники приведены в тексте.

Препарат **фавипиравир** – синтетический противовирусный препарат, селективный ингибитор РНК-полимеразы, активный в отношении РНК-содержащих вирусов.

Изначально в разработчики препарата компании Toyama Chemical надеялись, что фавипиравир станет новым лекарством от гриппа, но эксперименты на животных показали, что он может негативно влиять на ДНК будущего ребёнка с риском повреждения плода, поэтому одобрение данного препарата Министерством здравоохранения, труда и социального обеспечения Японии было отложено на неопределённый срок [8].

В ряде исследований было продемонстрировано, что фавипиравир эффективно ингибирует SARS-CoV-2 в культуре клеток.

Фавипиравир изучается в качестве потенциального средства лечения [COVID-19](https://ru.wikipedia.org/wiki/COVID-19). В Китае начато исследование в феврале 2020 г. [10;11], в Японии — в марте 2020 [12]. В апреле 2020 года специалисты ВОЗ отложили обсуждение включения фавипиравира в исследование Solidarity из-за недостатка исследований и доказательств его эффективности [13].

В июле 2020 года, после завершения клинического испытания на 89 пациентах, японские исследователи сообщили, что не смогли обнаружить у фавипиравира терапевтический эффект при лечении им COVID-19 [14].

Немецкое правительство также закупило некоторое количество фавипиравира, чтобы поставлять его в клиники по запросам врачей, но спросом у них он не пользуется. Немецкие специалисты отмечают, что в России, относительно европейских стран, ниже требования к клиническим исследованиям, необходимым для сертификации (регистрации) лекарств, а сама процедура регистрации менее строгая, чем у них [15].

Вот и подтверждение этому. Читаю «временные методические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению COVID-19 МЗ РФ, версия 11» (страница 39): «В Российской Федерации проведено клиническое исследование по оценке эффективности и безопасности препарата фавипиравир **с участием 168 пациентов (?!)** с легким и среднетяжелым течением COVID-19 (в соотношении амбулаторных и стационарных пациентов 4:1)». Далее, здесь же «…Полученные данные позволяют разрешить применение препарата не только в стационаре, но и в амбулаторных условиях**» (?!).**

**Уважаемые Рекомендаторы МЗ, Вы это реально, серьезно?!!! Вы зарегистрировали и внесли в рекомендации препарат на основании 168 наблюдений?!!!**

А как же вами здесь же написанное (страница 41) (?) «…назначение таких средств должно соответствовать этическим нормам, рекомендованным ВОЗ, и осуществляться на основании Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», Национального стандарта Российской Федерации ГОСТ Р ИСО 14155-2014 «Надлежащая клиническая практика», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 апреля 2016 г. № 200н «Об утверждении правил надлежащей клинической практики» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 августа 2016 г., регистрационный № 43357), Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (ВМА) об этических принципах проведения исследований с участием человека в качестве субъекта, декларированных на 64-ой Генеральной ассамблее ВМА, Форталеза, Бразилия, 2013 г.

А где же Вами декларируемые принципы доказательной медицины?!

И утверждение о том, что имеющийся положительный опыт применения фавипиравира в других государствах, является основанием для регистрации лекарственного препарата, не проходит.

Во-первых, этот международный опыт не так однозначен.

Во-вторых, я являюсь автором 2-х зарегистрированных препаратов, внесенных Государственный реестр лекарственных средств. Прошел путь от идеи – до промышленного выпуска с выполнением всех этапов: фармакологическая экспертиза, доклинические испытания, I-III фазы клинических испытаний (двойное, рандомизированное, плацебоконтролируемое), написание и утверждение ФСП, инструкций по применению, написание и утверждение промышленных регламентов, лицензирование фармацевтических производств и т.д. Причем, один из препаратов по решению ФК МЗ РФ уже на II – ой фазе проходил мультицентровые международные клинические испытания в одной из клиник Израиля, что на тот период времени, являлось весьма беспрецедентным случаем (решение ФК МЗ РФ в подлиннике выкладываю на канале).

По этому, хорошо себе представляю, как должен регистрироваться и входить в оборот лекарственный препарат. Так как в случае регистрации фавипиравира - так быть не должно.

Возможно, что на сегодня количество наблюдений значительно больше, но на момент регистрации и рекомендации его к применению их было **168 (!)**.

Дальше – больше.

Вот несколько моих размышлений по поводу представленных разработчиками в инструкциях по применению фавипиравира и ремдесивира (про ремедсивир выскажусь ниже) механизмов действия в отношении SARS- СoV-2.

Читая механизмы влияния препаратов на SARS-CoV-2, мне, с достаточно с неплохой подготовкой (опыт преподавания иммунохимии магистрам химического факультета Федерального университета в должности профессора и опыт преподавания клинической фармакологии на одноименной кафедре государственного медицинского университета в должности профессора), достаточно не просто было воспринять суть механизмов влияния представленных препаратов в отношении коронавируса. А так же, вызвало, не мало, удивления как за столь небольшой период времени был выполнен такой объем исследований (так то, для этого нужны годы).

И далее я осознал, что разработчики, не мудрствуя лукаво, безыдейно, вставили в инструкцию изученные механизмы влияния на вирусы, но только на другие вирусы, а не на SARS CoV-2. Фавипиравир - против вирусов гриппа. Ремдесивир - против [респираторно-синцитиального вируса человека](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D1%81%D0%BF%D0%B8%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%BE-%D1%81%D0%B8%D0%BD%D1%86%D0%B8%D1%82%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%B2%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81_%D1%87%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%BA%D0%B0), [вируса Джунина](https://en.wikipedia.org/wiki/Argentinian_mammarenavirus), [вируса лихорадки Ласса](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81_%D0%BB%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%B8_%D0%9B%D0%B0%D1%81%D1%81%D0%B0) и др. И этому я нашел подтверждение в тех же инструкциях по применению, но для других вирусов (!).

И вот теперь, самое интересное.

Когда я внимательно изучил химическую формулу фавипиравира (C5H4FN3O2), то обнаружил его сходство с противотуберкулезным препаратом II – ой линии этионамидом (С8Н10N2S), особенно если убрать из формулы фтор. Считается, что механизм действия заключается в разрушении [миколовой кислоты](https://z5h64q92x9.net/proxy_u/en-ru.ru.43fb611f-60f8427f-71d85f8d-74722d776562/https/en.wikipedia.org/wiki/Mycolic_acid" \o "Миколовая кислота).

Как это будет работать в отношении SARS-CoV-2 не ясно.

Но, разработчики фавипиравира в инструкции по применению об этом не пишут ни слова (!).

По моим личным наблюдениям применение фавипиравира в качестве эффективного противовирусного средства при COVID-19 не оставило сколько-нибудь значимого положительного впечатления.

Это мое мнение подтверждает и опыт многих моих коллег из разных регионов нашей страны и за рубежом, применявших фавипиравир у многих пациентов с COVID-19.

**Ремдесивир.**

Вот читаю и нахожусь в полном недоумении(!).

Ниже приведены выписки из официальной инструкции по применению.

**Резистентность**

*На сегодняшний день не оценивалось развитие устойчивости вируса SARS-CoV-2 к ремдесивиру в культивируемых клетках. Клинические данные о развитии резистентности вируса SARS-CoV-2 к ремдесивиру* ***отсутствуют.***

**Фармакокинетика**

*Фармакокинетические свойства ремдесивира изучались на здоровых добровольцах. Данные о фармакокинетике у пациентов с COVID-19* ***отсутствуют.***

**Пол, раса и возраст**

*Фармакокинетические различия у людей разного пола, расы и возраста* ***не оценивались.***

**Дети**

*Фармакокинетика препарата у пациентов детского возраста* ***неизвестна.***

**Почечная недостаточность**

*Оценка фармакокинетики ремдесивира и метаболита GS-441524 у пациентов с почечной недостаточностью* ***не проводилась.***

**Печеночная недостаточность**

*Оценка фармакокинетики ремдесивира и метаболита GS-441524 у пациентов с печеночной недостаточностью не проводилась. Роль печени в метаболизме ремдесивира* ***неизвестна.***

**Взаимодействие с другими препаратами**

*Потенциал взаимодействия ремдесивира не изучался в отношении ингибирования гидролитического пути (эстераза). Возможность клинически значимого взаимодействия* ***неизвестна.***

### Показания к применению

*Лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) у взрослых с пневмонией, требующей дополнительной оксигенотерапии.*

### Противопоказания

* *Повышенная чувствительность к ремдесивиру или любому другому компоненту препарата.*
* *Детский возраст до 18 лет (****эффективность и безопасность не установлены для данной популяции****).*
* *Расчетная скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) <30 мл/мин/1,73 м².*
* *Уровень аланинаминотрасферазы (АЛТ) ≥5 верхних границ нормы.*
* *Беременность.*
* *Период грудного вскармливания.*

### С осторожностью

*Пожилые пациенты старше 65 лет (см. раздел «Особые указания»).*

### Применение при беременности и в период грудного вскармливания

**Беременность**

*Данные о применении ремдесивира у беременных женщин отсутствуют или ограничены. Исследований на животных в отношении репродуктивной токсичности* ***недостаточно.***

***Ремдесивир противопоказан*** *во время беременности.*

Женщины детородного возраста должны использовать эффективные средства контрацепции во время лечения.

**Грудное вскармливание**

***Неизвестно****, выделяется ли ремдесивир с грудным молоком, каково его влияние на ребенка, находящегося на грудном вскармливании, или влияние на выработку молока.*

***Из-за возможности передачи вируса младенцам с отрицательным результатом на SARS-CoV-2 и нежелательных реакций на препарат,*** *необходимо принять решение о прекращении грудного вскармливания или о прекращении/воздержании от терапии ремдесивиром с учетом пользы грудного вскармливания для ребенка и пользы терапии для женщины.* ***Ремдесивир противопоказан*** *в период грудного вскармливания.*

**Фертильность**

*Данные о влиянии ремдесивира на репродуктивную функцию у человека* ***отсутствуют.***

**Пациенты с нарушениями функции почек**

*Оценка фармакокинетики ремдесивира у пациентов с почечной недостаточностью* ***не проводилась.***

**Пациенты с нарушениями функции печени**

*Оценка фармакокинетики ремдесивира у пациентов с печеночной недостаточностью* ***не проводилась.******Неизвестно,*** *требуется ли коррекция дозы пациентам с печеночной недостаточностью*.

**Дети**

*Безопасность и эффективность ремдесивира у детей* ***не установлены. Данные отсутствуют.***

### Побочное действие

*Ввиду ограниченного опыта клинического применения ремдесивира при применении препарата могут развиваться нежелательные реакции (включая серьезные нежелательные реакции), о которых ранее не сообщалось.* ***Информация о безопасности ремдесивира крайне ограничена, и она по-прежнему собирается.***

### Передозировка

*Специфический антидот ремдесивира* ***отсутствует.***

### Взаимодействие с другими лекарственными средствами

*Исследования по оценке взаимодействия с ремдесивиром* ***не проводились.*** *Общий потенциал взаимодействия в настоящее время* ***неизвестен.***

А вот и еще очень любопытная выписка из инструкции (!).

***Дексаметазон является субстратом изофермента CYP3A4****,* ***ремдесивир ингибирует изофермент CYP3A4****.*

Получается, что ремдесивир ингибирует дексаметазон (?!). И если ремдесивир рекомендован для лечения больных COVID-19 в средней и тяжелой степени (требующей оксигенации), возникает вопрос о его целесообразности применения, так как дексаметазон является одним из основных патогенетических средств борьбы с данным заболеванием (!).

Итак, как следует из выше приведенных выписок из официальной инструкции по применению препарата ремдесивир, разработчик и производители не готовы объяснить ни механизм действия, ни возможные ближайшие и отдаленные последствия, ни специфическую активность предложенного средства против вируса SARS-CoV-2.

Практически не изучено ничего (!). Перечень возможных осложнений просто не мыслимый, но препарат рекомендован к применению МЗ [7].

Касательно механизма действия препарата, то он изучался на совершенно других инфекциях. Так, ремдесивир был первоначально создан и разработан Gilead Sciences в 2009 году для лечения [гепатита С](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%82_C) и [респираторно-синцитиального вируса](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D1%81%D0%BF%D0%B8%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%BE-%D1%81%D0%B8%D0%BD%D1%86%D0%B8%D1%82%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%B2%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81_%D1%87%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%BA%D0%B0) (RSV). Он не оправдал ожиданий в отношении лечения гепатита C или RSV и затем был перепрофилирован и изучен в качестве потенциального средства для лечения болезни, вызванной [вирусом Эбола](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81_%D0%AD%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B0), и [вирусных инфекций Марбург](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B0%D1%80%D0%B1%D1%83%D1%80%D0%B3%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D0%B2%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81).

Еще раз акцентирую Ваше внимание на том, что разработчики, безыдейно, перенесли данные по механизму действия ремдесивира при других инфекциях в инструкцию по применению его при лечении COVID-19. При этом механизм действия на вирус SARS-CoV-2 не изучался (!).

Ремдесивир был пока не одобрен Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США.

Весной 2020 года в разных странах начались несколько клинических исследований ремдесивира [17]. Одно из исследований, начатое по стандартам [доказательной медицины](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D0%B7%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0) в Китае, было прервано раньше срока, поскольку, по словам авторов, они не смогли набрать нужное число пациентов. Это исследование, даже не завершённое, показало отсутствие значимого лечебного эффекта при терапии ремдесивиром, однако меньшее запланированного число пациентов и раннее завершение исследования не дают уверенности в результате. Для подтверждения выводов авторов требуются другие исследования [18]. Кроме того, выводы его авторов подвергнуты критике, независимый анализ данных выявил большую смертность у пациентов, принимавших ремдесивир, по сравнению контрольной группой, что может свидетельствовать о небезопасности препарата [17]. Препарат имеет серьёзные побочные эффекты, из-за которых заметное число (18) участников эксперимента перестали его принимать [17].

Другие специалисты сомневаются, что даже полноценно проведённые исследования смогут выявить существенную для практического применения пользу от ремдесивира, поскольку уже в этом исследовании нет хоть сколько-то значимого эффекта. Споры вокруг ремдесивира усилил скандал с публикацией отрицательных результатов исследования на сайте ВОЗ и удаление опубликованного отчёта после возмущения представителей производителя [19].

16 октября 2020 г глава Всемирной организации здравоохранения [Тедрос Аданом Гебрейесус](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%B5%D0%B4%D1%80%D0%BE%D1%81_%D0%90%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%BC_%D0%93%D0%B5%D0%B1%D1%80%D0%B5%D0%B9%D0%B5%D1%81%D1%83%D1%81" \o "Тедрос Аданом Гебрейесус) напомнил, что масштабные исследования лекарств ВОЗ показывают, что ремдесивир и [интерферон](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%84%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%BD) слабо влияют на снижение смертности или сокращение времени пребывания в больнице [20]. Ремдесивир может помочь на ранних стадиях COVID-19, но его применение оказывается неоправданно дорогим, учитывая сугубо индивидуальную динамику протекания заболевания [21].

Таким образом, происходит применение неизученного (от слова совсем) средства на огромном количестве пациентов вопреки всем существующим нормам морали и права (!).

**Умифеновир (Арбидол).**

Препарат был разработан в московском Всесоюзном научно-исследовательском химико-фармацевтическом институте им. Серго Орджоникидзе (ныне ОАО «ЦХЛС-ВНИХФИ») и в обнинском НИИ медицинской радиологии АМН СССР (ныне Медицинский радиологический научный центр РАМН). В 1974 году создатели препарата получили авторское свидетельство № 1685933, в котором химическое соединение «Хлоргидрат 1-метил-2-фенилтиометил-3-карбэтокси-4-диметиламинометил-5-окси-6-броминдола» было ими названо «[Арбидол](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%80%D0%B1%D0%B8%D0%B4%D0%BE%D0%BB" \o "Арбидол)».

В начале 2011 года препарат появился в публикуемом [ВОЗ](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%81%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F) списке [международных непатентованных наименований фармацевтических веществ](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B6%D0%B4%D1%83%D0%BD%D0%B0%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D0%BD%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D0%BD%D0%B0%D0%B8%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5) как «умифеновир» (*Umifenovirum)* [22].

В России умифеновир включен во «Временные методические рекомендации Минздрава по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» от 28 апреля 2020 года в качестве возможного средства для лечения легких форм [COVID-19](https://ru.wikipedia.org/wiki/COVID-19) в комбинации с назальной формой рекомбинантного [интерферона альфа](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%84%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%BD_%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D1%84%D0%B0-2b). Однако тот же документ сообщает об отсутствии доказательств его эффективности и безопасности, и что препарат находится на стадии клинических испытаний ([Временные методические рекомендации](https://static-1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/050/122/original/28042020_%D0%9CR_COVID-19_v6.pdf): Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) / Утв. — Версия 6 (28.04.2020). — М.: Минздрав РФ, 2020. — С. 31, 75, 151. — 165 с).

Интересно то, что в 11 версии этого же документа от - 07.05.2021 г. об отсутствии доказательств эффективности Арбидола (умифеновир) в отношении COVID-19 уже нет. Есть прямое указание на необходимость его использования для лечения новой коронавирусной инфекции(!).

Что, уже все доказали?!

Арбидол (умифеновир) отсутствует в рекомендациях по лечению COVID-19 Департамента здравоохранения Москвы [23].

Клиническое исследование, проведённое в феврале-марте 2020 года в Китае, продемонстрировало отсутствие эффекта умифеновира (Арбидола) при лечении [COVID-19](https://ru.wikipedia.org/wiki/COVID-19) [23;24].

Авторы исследования заключают, что монотерапия COVID-19 лопинавиром/ритонавиром или арбидолом неэффективна. «Результаты говорят о том, что нужно хорошо подумать, прежде чем назначать эти лекарства, — говорит один из главных авторов исследования Линхуа Ли [25].

Личный опыт и опыт моих коллег, врачей «красных зон» ковидных госпиталей свидетельствует об абсолютной бесполезности Арбидола (умифеновира) в терапии пациентов с COVID-19. Врачи, несмотря на рекомендации МЗ, просто перестали назначать данный препарат. Не помогла замена названия Арбидол на Умифеновир.

Единственное, что Арбидол не вызывал серьезных побочных эффектов, как и не влиял на течение и исход заболевания.

**Интерферон-альфа.**

При заражении клетки [вирус](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81) начинает размножаться. Клетки-хозяина одновременно с этим начинают продукцию интерферона, который выходит из клетки и вступает в контакт с соседними клетками. Однако интерферон не обладает прямым противовирусным действием, он способен вызывать такие изменения в клетках, которые препятствуют размножению [вируса](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81), формированию вирусных частиц и дальнейшему его распространении [26].

 Использование интерферонов показало, что молекулы интерферона должны оказывать действие на клетку в течение минимум четырёх часов [26; 27], для того, чтобы в клетке начались процессы борьбы с вирусом, таким образом, некоторые специалисты не считают эффективным интраназальное применение интерферона для профилактики ОРВИ [27].

Экспериментальные исследования показали, что назальное введение интерферона дозами порядка 106 [МЕ](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B6%D0%B4%D1%83%D0%BD%D0%B0%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%86%D0%B0) каждые 4 часа не оказывает профилактического эффекта. Исследования назального спрея с рекомбинантным [интерфероном альфа-2b](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%84%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%BD_%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D1%84%D0%B0-2b) показывают, что в лечении он неэффективен, токсичен и повышает шансы на возникновение вторичной инфекции [28].

При интраназальном — интерфероны быстро вымываются со слизью [29].

И, наконец, когда вирус уже ушел из клеток слизистых оболочек верхних дыхательных путей ниже и/или в другие органы и системы смысл его интраназального применения теряет актуальность (!).

Нет каких-либо доказательств терапевтической ценности интерферона против [респираторных вирусных инфекций](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%8F_%D1%80%D0%B5%D1%81%D0%BF%D0%B8%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B2%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B8%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F) [30; 31].

При этом по данным [ВОЗ](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%81%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F), не существует ни качественных клинических исследований эффективности, ни систематизированных наблюдений местного применения интерферонов для лечения гриппа [32].

Системное (внутримышечное; внутривенное) применение интерферонов неизбежно либо приведет к развитию цитокинового шока (а вовсе никакого не цитокинового «шторма», не «бриза», не «пассата», не «муссона» и т.д., такие термины в мировой иммунологии и патологической физиологии отсутствуют; международный справочник медицинских терминов – в помощь) [33] или усугубит течение при его наличии в случае развития COVID-19.

Утверждаю это ответственно как бывший руководитель лаборатории цитокинов института иммунологии и физиологии УрО РАН и далее, руководитель филиала этого института.

Почему бывший?

Потому, что еще до «оптимизации» здравоохранения, случилась «оптимизация» системы управления Академии Наук РФ, когда руководить ей стали не заслуженные академики, а молодые реформаторы от бизнеса, решившие избавиться от «ненужных» структур РАН методом их ликвидации (!).

**Возникает вопрос, а что делать?!**

Так вот, то о чем я писал ранее и говорил на канале «Аврора», подтвердилось полностью.

Те пациенты, которые получали в схеме лечения гексаметилентетрамин, переносили заболевание значительно легче и без отчаянных реанимационных мероприятий. Однако все мы являемся заложниками многочисленных и постоянно меняющихся приказов, протоколов, рекомендаций и т.п. в избытке регламентирующих действия врача. Поэтому, назначить гексаметилентетрамин официально с занесением в листы назначений историй болезней я не имел права. Но, как врач имел право порекомендовать на усмотрение пациента прием этого безрецептурного препарата (разумеется, предварительно разъяснив целесообразность его использования). Пациенты принимали его самостоятельно.

Тем более что и по своему личному опыту наблюдений и по опыту моих коллег из ковидных госпиталей из разных городов, наблюдалась следующая картина. Пациенты самостоятельно брали с собой при госпитализации различные противовирусные препараты (арбидол, ингавирин, ремонтадин, тразавирин, ингавирин, кагоцел и т.д). Приносили с собой и Ареплевир (фавипиравир) который на тот период был в очень большом дефиците и был «по карману» далеко не для всех.

Пациенты самостоятельно принимали эти препараты либо по рекомендации врачей на догоспитальном этапе, либо по тому, что слышали «от кого-то, что это кому-то помогло». Особо жесткого контроля за этим процессом я не видел.

Но, когда на обходах пациенты меня спрашивали: «… как же так, доктор, мы принимаем такие хорошие препараты, а улучшения нет?».

В этом случае я просто рекомендовал прием препарата «кальцекс» (гексаметилентетрамин) с разъяснением как его принимать и почему он эффективнее того, что они применяют в настоящее время (ведь все перечисленные противовирусные препараты были предназначены для терапии других респираторных заболеваний, но не против COVID-19).

Этим гексаметилентетрамин ничем не отличался от тех всех лекарственных средств, которые пациенты принимали с формальной точки зрения. Но, отличался от них принципиально тем, что:

- во-первых, опыт его применения и доказанная безопасность в мировой клинической медицине насчитывает более 150 лет;

- во-вторых, препарат имеет абсолютно установленный механизм действия на любые вирусы, имеющие РНК и ДНК, когда его воздействие осуществляется на уровне пуриновых и пиримидиновых рибонуклеиновых кислот;

- и, третье, очень сильное психологическое влияние было от того, что у соседа/соседки по палате на фоне приема «кальцекса» буквально «на глазах» идет улучшение самочувствия и состояния.

Мне даже легче было назначать и контролировать ход лечения гексаметилентетрамином у пациентов вне стен госпиталя, в котором я работал, поскольку там мои действия были строго регламентированы. Не все мои коллеги были готовы воспринимать информацию, которую я здесь излагаю (сомнения, недоверие, амбиции, немыслимая физическая и психо-эмоциональная нагрузка и т, д.). Но, были и те, кто понимал и разделял мою точку зрения. Но, так же как и я, они были ограничены в возможностях формальными протоколами лечения.

Многие коллеги в различных городах страны и за рубежом были более решительные и, понимая суть, так же как и я рекомендовали для лечения своих пациентов гексаметилентетрамин. Отзывы - от позитивных, до восторженных. Но, всегда возникал вопрос, а что с этим теперь делать? Ведь мы (врачи, пациенты) сами это видели, и испытали, и это работает (!).

А, ничего.

Поскольку решения принимаются другими персонами, имеющими (или не имеющими) на этот счет собственные представления.

Таким образом, были вылечены сотни пациентов из разных регионов нашей страны и за рубежом, включая, всех своих родных и близких, знакомых и незнакомых. Лечил иногородних и иностранцев дистанционно (интернет) результаты у всех положительные.

Дошло до абсурда.

Возникла ситуация военно-полевой медицины(!).

Когда, после выздоровления, пациенты, совсем далекие от медицины, делились своим личным опытом выздоровления, информацией по препарату «кальцекс» с другими заболевшими и все получалось.

То есть, наступала ситуация «само и взаимопомощи» на «поле боя» (!).

В некоторых городах гексаметилентетрамин («кальцекс») исчез из аптечных сетей полностью!

Вылечил очень многих своих коллег, но, несмотря на это, официально они не могли назначать этот препарат.

Почта и страницы в социальных сетях завалены благодарностями, их множество и приводить их здесь даже не стану. Буду выкладывать, видео, мнения обычных пациентов, которые успешно прошли (и проходят в настоящее время) лечение от COVID-19 гексаметилентетрамином на этом канале. Надеюсь, отзовутся и неравнодушные и решительные коллеги (правда это чревато последствиями для них, поскольку, порой безумство начальников и руководителей, особенно мелких, зашкаливает). Про опыт успешного применения в отделениях реанимации более подробно расскажу ниже.

В качестве вывода. Я полностью убедился в эффективности моих теоретических предположений на практике.

**Про цену сомнений и про выбор …**

После первого интервью на канале «Аврора» мною было получено очень много вопросов и обращений и от пациентов и врачей. Многие поняли и действовали, многие сомневались.

К сожалению, порой цена сомнений была очень высока.

Наверное, я не смог более убедительно донести свою позицию в дискуссиях с некоторыми коллегами (опытные врачи, а среди них и доктора медицинских наук и профессоры и даже руководитель медицинского ВУЗа и зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии). Теперь имена моих Дрогих Коллег – в Книге Памяти врачей, погибших от COVID-19.

Те, коллеги (врачи, мед. сестры и др.) которые смогли поверить, несмотря на сомнения, воспользовались моей информацией, достаточно легко перенесли заболевание COVID-19 или не заболели (профилактический прием «кальцекса»).

Я сам принимал «кальцекс» перед входом в «красную зону» и знал, что не заболею. Каждую неделю в двух независимых лабораториях на протяжении 2-х месяцев работы в «красной зоне» я сдавал тест ПЦР на наличие SAS-CoV-2 – всегда, отрицательно. Коллеги, поступавшие аналогично, не заболели тоже.

Есть множество свидетельств от людей, работавших в такси, и возивших больных людей и в госпитали и на КТ, в том числе, у которых был положительный ПЦР тест на SARS-CoV-2 (порой без масок), которые знали про этот метод защиты и применяли «кальцекс» перед рабочей сменой не заболели в период повальных заражений. Отзывы их Вы тоже найдете здесь на канале.

**Про то, о чем очень немногие знают и про то, как это может спасти жизнь …**

Многолетними исследованиями сотрудников НИИ патологии кровообращения РАМН им. академика Е.Н. Мешалкина (г. Новосибирск) и далее в НИИ гипертермии доктором медицинских наук А.В. Суверневым было показано, что трипсинемия в крови является причиной развития любого шока (!)

Установлено, что источником сывороточного трипсина при шоке является поджелудочная железа, где происходит резкое до 93% нарушение гемодинамики по ишемическому типу с выбросом в кровоток огромных количеств трипсина из зимогеновых гранул ацинарной ткани. Далее происходит запуск кинин-калликреиновой системы с реализацией программы шока на уровне известных патофизиологических реакций.

Таким образом, при развитии шока («организм – не полиглот»), альфой и омегой процесса является трипсинемия.

Но, об этом знает очень ограниченный круг специалистов. Иначе, (рано или поздно, но это случиться), придется переписывать многие незыблемые постулаты в механизмах патологической физиологии развития шока(!)

Следовательно, (и это было показано в исследованиях) предупреждение или нейтрализация трипсинемии позволяет успешно преодолевать некоторые экстремальные состояния в эксперименте.

Например, был предотвращен летальный исход в эксперименте у собак при:

- 20 минутной остановке системного кровообращения в условиях нормотермии;

- часовой окклюзии воротной вены;

- общем охлаждении тела до 19,50 С;

- общем согревании тела до 46,00 С.

**Внимание! Реаниматологи, это очень важно!**

*Особо следует отметить следующее. Постоянное длительное введение в кровь адреналина или норадреналина, в итоге, приводит к неуправляемой терминальной артериальной гипотензии. Установлено, что именно трипсинемия ответственна в этих случаях за гемодинамическую катастрофу.*

*Предупреждение трипсинемии предварительным склерозированием ацинарной ткани поджелудочной железы, а так же поливалентные ингибиторы протеаз (в частности гексаметилентетрамин) позволяли в эксперименте на собаках, в буквальном смысле, осуществлять «гемодилюцию ампульным адреналином».*

*7- и даже 11-часовая непрерывная инфузия адреналина и норадреналина не приводила к падению артериального давления. Причем скорость инфузии не имела практического значения – реакция сосудов была совершенно неотличимой при инфузии 20, 50 или 200 мкг/кг/мин.*

Все, то же самое, происходит при тяжелом течении коронавирусной инфекции, ибо в ходе онто- и филогенеза организм сформировал одинаковые реакции на различные по происхождению патологические катастрофы.

Как оказалось, поливалентные ингибиторы протеаз: контрикал, тразилол, цалол и др., работают не всегда надежно, т.к. не способны ингибировать «шоковый комплекс» трипсин-альфа-2-макроглобулин, который индуцирует наработку мощных биологически активных веществ, обусловливающих каскад шоковых программ.

Наиболее перспективными с этой точки зрения является гексаметилентетрамин,

Среди фармакологических агентов гексаметилентетрамин оказался крайне эффективным в лечении синдрома постгипоксической недостаточности гемостаза (например, в легочной хирургии) и в лечении стафилококкового сепсиса с развитием ДВС – синдрома, а так же полиорганной недостаточности!

В эксперименте обнаружено, что у собак, которым перед остановкой кровообращения (окклюзия полых вен) был введен гексаметилентетрамин, электроэнцефалограмма не угасает в течение 8-12 и даже 16 минут, а сердце в этих случая редко фибрилирует.

Гексаметилентетрамин является крайне эффективным средством для лечения клещевого энцефалита, т. к. лишает подвижности вирус, это же относится и к ВИЧ инфекции (данные доктора А.В. Сувернева и лаборатории Alonso Италия). Гексаметилентетрамин способствует активизации кишечной моторики после операций на органах брюшной полости и зачастую является наиболее эффективным средством для лечения острых панкреатитов, уменьшает активность трипсина в секрете, выделяющемся через свищи поджелудочной железы.

Механизм действия гексаметилентетрамина обусловлен тем, что при введении в организм он под воздействием микросомальных ферментов печени гидролизуется до формальдегида, который является самым мощным блокатором протеолиза (!).

Все это написано в серии монографий доктора медицинских наук А.В. Сувернева. Одну из них выкладываю здесь на канале (остальные легко найти в интернете).

Особенно прошу обратить внимание на главу 4 «Роль трипсинемии в необратимости критических состояний», стр. 49 – 85.



**Владимир Васильевич Кованов** ([13 марта](https://ru.wikipedia.org/wiki/13_%D0%BC%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B0) [1909](https://ru.wikipedia.org/wiki/1909), [Санкт-Петербург](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B0%D0%BD%D0%BA%D1%82-%D0%9F%D0%B5%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B1%D1%83%D1%80%D0%B3) — [22 февраля](https://ru.wikipedia.org/wiki/22_%D1%84%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%B0%D0%BB%D1%8F) [1994](https://ru.wikipedia.org/wiki/1994), [Москва](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%B2%D0%B0)) — советский хирург и анатом, академик (1963) и вице-президент (с 1966) [АМН СССР](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BA%D0%B0%D0%B4%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D1%85_%D0%BD%D0%B0%D1%83%D0%BA_%D0%A1%D0%A1%D0%A1%D0%A0), заслуженный деятель науки РСФСР (1965). Ректор [1-го ММИ им. И. М. Сеченова](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%B0%D0%BA%D0%B0%D0%B4%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F_%D0%B8%D0%BC._%D0%98._%D0%9C._%D0%A1%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B0) (1956—1966).

Эти исследования с применением альдегидов в клинической медицине начинал еще академик В.В. Кованов, который многих из нас учил или мы учились по его учебникам (оперативная хирургия и топографическая анатомия). Им были получены блестящие результаты применения формальдегида в хирургии и трансплантологии органов и тканей. Им же была доказана абсолютная безопасность внутривенного введения 0,2% раствора формальдегида в очень больших дозировках (до 1,5 – 2,0 л). Он является автором открытия и разработчиком технологии «химического анабиоза», который сохранял жизнь пациентам в «критических состояниях», а именно при шоках (!).

Я тоже на военно-медицинском факультете учился по его учебникам.

Надеюсь, что наши нынешние руководители здравоохранения «всех Времен и Народов» то же учились по книгам ректора 1-го ММИ им. И.М. Сеченова (!).

И, уж если (а это, скорее всего, случиться) после выхода этого материала, я буду подвергнут обвинениям в шарлатанстве, то с гордостью надеюсь быть последователем и учеником такого «шарлатана», как академик В.В. Кованов.

**Дорогие и глубокоуважаемые мои коллеги реаниматологи!** **Считайте, что это обращение к Вам и лично к Денису Проценко, главному врачу ГКБ № 40 г. Москвы «Коммунарка».**

Вы в ежедневной своей работе с больными COVID-19 сталкиваетесь именно с шоком в отделениях реанимации ковидных госпиталей. И ежедневно встречаетесь с гемодинамическими катастрофами, когда адреномиметики уже не могут стабилизировать артериальное давление. А – далее, Вы знаете …

Я знаю, по личному опыту, как в этих ситуациях работает гексаметилентетрамин (мы сейчас даже не говорим о его противовирусной активности, мы говорим о лучшем блокаторе сывороточного трипсина – «шокового фактора»).

Не могу забыть случай из личной практики, кода я руководил онкологической клиникой и в результате противоопухолевой терапии у пациентки с системным лимфогрануломатозом IV стадии (поражение всех групп лимфоузлов) произошла быстрая одномоментная резорбция всего опухолевого массива через некроз (крайне редкий случай) в течение нескольких дней. Токсический шок, 4 остановки сердечной деятельности (успешные реанимации), респираторный дистресс синдром, острая печеночная недостаточность, острая почечная недостаточность, ДВС синдром. ИВЛ (на РО-6Н (!)) 12 суток. Плазмообмен, гемофильтация, и в немыслимых количествах норадреналин (!). По всем критериям она выжить была не должна. Мы 3 раза в сутки ежедневно ей внутривенно вводили Уротропин (40% раствор гексаметилентетрамина) по 20 мл + 250,0 физиологический раствор. Про другую вспомогательную терапию не пишу. Она была в полном объеме.

Так вот, я и мои коллеги реаниматологи считаем, что удержать гемодинамику нам удалось только благодаря гексаметилентетрамину.

Пациентка через 2 месяца без признаков увеличенных лимфоузлов (данные КТ) была выписана в удовлетворительном состоянии.

Главный гематолог региона профессор, член-корреспондент РАМН не могла в это поверить. Но, это уже другая история.

И такой случай не единичный, их достаточно, где применение гексаметилентетрамина спасало жизнь пациентов в критических состояниях.

**Уважаемые коллеги реаниматологи! Уважаемый Денис Николаевич!**

Вы производите впечатление неравнодушных, самоотверженных, думающих и профессиональных врачей!

Я никого не убеждаю и ни к чему не призываю. Просто прошу обратить внимание на эту информацию. Особенно на работы профессора А.В. Сувернева, выполненные в НИИ патологии кровообращения РАМН им. академика Е.Н. Мешалкина.

И организация, и сам ученый, и врач заслуживают (с моей точки зрения) абсолютного доверия. Знаю профессора А.В. Сувернева очень давно (был период, когда и он и будущий директор НИИ патологии кровообращения РАМН им. академика Е.Н. Мешалкина д.м.н., профессор, академик РАН А.М. Караськов работали в кинике, которой я руководил).

Вот некоторые Ваши коллеги из отделений реанимации ководных госпиталей, в ситуации (только тогда, когда пришла беда к их родным и близким), после консультаций со мной решились использовать гексаметилентетрамин в составе комлексного лечения тяжелых пациентов с COVID-19. Таких наблюдений не много. Всего 2, и оба успешные. Один привожу здесь, исходя из тех данных, которые у меня оказались в распоряжении.

**Клиническое наблюдение**

Пациент Ш., находился в пульмонологическом отделении ковидного госпиталя в течение 5 дней с диагнозом: U07.1 новая каронавирусная инфекция COVID-19 средней степени тяжести, двухсторонняя COVID-19 ассоциированная пневмония (КТ3), дыхательная недостаточность.

Результат ПЦР назо-фарингиального мазка выявил дельта вариант вируса SARS-CoV-2 (мутация P681R). КТ3 органов грудной полости (в нижней доле левого легкого неоднородные «матовые» затемнения сливного характера вовлечение паренхимы легких, слева поражение > 35%; справа в верхней доле «матовые затемнения» очагового характера поражение > 25%).

Жалобы на одышку в покое (24 – 26 дыхательных экскурсий в 1 минуту), чувство нехватки кислорода, на выраженную слабость, головные и мышечные боли, сухой кашель, першение и боли в горле, «заложенность в ушах». Температура тела 38,0-39,00 С, SpO2 90%. Пульс 100-120 ударов в минуту, АД 135/90 мм рт.ст.

Была назначена терапия:

1. Кортикостероиды: дексаметазон 8 мг внутривенно + 100,0 мл 0,9% р-р NaCL введение внутривенно капельно 2 раза в сутки.

2. Антикоогулянты: Эноксапарин раствор для инъекций в шприцах 6000 анти-Ха МЕ/0,6 мл, 0,8 мл, 2 раза в сутки подкожно.

3. Антибактериальная терапия: Цефепим 2,0 г 2 раза в сутки внутривенно + Левофлоксацин 500 мг 2 раза в сутки внутривенно.

4. Периодическая самостоятельная прон-позиция.

5. Неинвазивная периодическая респираторная поддержка увлажненным О2 3,0-4,0 л/минуту.

Однако в динамике состояние пациента резко ухудшилось. На 5-е сутки лечения: температура тела 38,0-39,00 С, одышка 34 дыхательных движения в 1 минуту, SpO2 84% на неинвазивной респираторной поддержке 5 л/мин. Пульс 100-125 ударов в минуту, АД 80/40 мм рт.ст. Отрицательная рентгенологическая динамика.

Перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии.

1-е сутки в отделении реанимации.

Состояние пациента тяжелое Шкала NEWS2 5 баллов. Заторможен, одышка в покое 34 дыхательных движений в 1 мин. SpO2 84% на постоянной неинвазивной кислородной поддержке. Гемодинамика АД 85/30 мм рт.ст., пульс 110 ударов в минуту, гипоксия миокарда, желудочковые экстрасистолы. В легких аускультативно в нижних отделах резко ослабленное дыхание.

PaO2 40 мм рт.ст.

FiO2 20%. Индекс оксигенации 200 мм рт.ст.

PaCO2 70 мм рт. ст.

Альбумин плазмы крови 25 г/л, рН 6,7 плазмы крови (сдвиг в циркуляторный ацидоз), трипсин плазмы (показатель развития шока) крови 395,25 нг/мл (выше нормы в 15,5 раза), α-1 антитрипсин 16 нг/мл (снижение в 6 раз от нормы), гемоглобин 90 г/л.

Снижение диуреза до 400 мл/сут.

Перевод на инвазивную оксигенацию (ИВЛ), миорелаксанты, медикаментозная седация, почечная дозировка допамина гидрохлорид (2 мкг/кг/час) скорость введения 0,84 мл/час (АД на дофамине 100/50 мм рт. ст.).

Была назначена терапия:

1. Кортикостероиды: дексаметазон 16 мг внутривенно + 10,0 мл 0,9% р-р NaCL болюсное введение внутривенно 2 раза в сутки 6 дней.

2. Антикоогулянты: Эноксапарин раствор для инъекций в шприцах 6000 анти-Ха МЕ/0,6 мл, 0,8 мл, 2 раза в сутки подкожно, 6 дней.

3. Эритро-тромбо масса совместимая по группе, резус принадлежности и индивидуально 400,0 мл 2 раза.

4. Раствор альбумина 20% -100,0 мл 1 раз в день 6 дней.

5. Ремаксол (янтарная кислота)  внутривенно капельно 200,0 мл 2 раза в день. Скорость введения 40-60 капель (2-3 мл)/мин.

6. Раствор Уротропина 40% (гексаметилентетрамин) 10,0 мл + р-р NaCL 0,9% - 250,0 мл внутривенно, капельно, 2 раза в сутки в течение 7 дней. Введение Уротропина осуществляли одновременно, параллельно с введением Ремаксола (с янтарной кислотой). Скорость введения 40-60 капель (2-3 мл)/мин.

Введение Уротропина осуществляли с целью блокирования трипсинемии (катализатора шока). Противовирусная цель достигалась гидролизом гексаметилентетрамина на формальдегид и амиак в присутствии янтарной кислоты, кислой рН 6,7 крови и в очагах воспаления.

Антибактериальная терапия: не проводилась.

3-и сутки в отделении реанимации.

Состояние пациента средней тяжести. Перевод на неинвазивную кислородную поддержку. Сознание ясное. Температура тела 37,0 – 38,00 С. Одышка в покое 24 дыхательных движений в 1 мин. SpO2 96% на неинвазивной кислородной поддержке. Без кислородной поддержки SpO2 92% Гемодинамика АД 105/70 мм рт.ст. (без допамина), пульс 98 ударов в мин, желудочковые экстрасистолы отсутствуют. В легких аускультативно дыхание проводится во все отделы в нижних отделах ослабленное.

PaO2 60 мм рт.ст.

FiO2 20%. Индекс оксигенации 429 мм рт.ст.

PaCO2 60 мм рт. ст.

Альбумин плазмы крови 35 г/л, рН 7,0 плазмы крови (нейтральная среда), трипсин плазмы (показатель развития шока) крови 25,5 нг/мл (норма), α-1 антитрипсин 33,6 нг/мл (в 2,1 раза выше нормы), гемоглобин 130 г/л.

Диурез до 1100 мл/сут.

6-е сутки в отделении реанимации.

Состояние пациента ближе к удовлетворительному.

Сознание ясное. Температура тела 36,5 – 37,40 С. Одышки в покое нет, 18 дыхательных движений в 1 мин. При легкой физической нагрузке, 20 дыхательных движений в 1 мин. SpO2 97% без кислородной поддержки. Гемодинамика АД 125/90 мм рт.ст., пульс 88 ударов в мин, признаки гипоксии миокарда отсутствуют. Появился эпизодический продуктивный кашель с отделением мокроты. В легких аускультативно дыхание проводится во все отделы, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы на верхушке справа. Слева жесткое дыхание в нижних отделах.

PaO2 90 мм рт.ст.

FiO2 18%. Индекс оксигенации 500 мм рт.ст.

PaCO2 60 мм рт. ст.

Альбумин плазмы крови 37 г/л, рН 7,25 плазмы крови. Гемоглобин 137 г/л.

Появился аппетит, прием пищи самостоятельный регулярный.

На 10-е сутки пациент переведен из реанимации на долечивание в пульмонологическое отделение и через 9 дней выписан из госпиталя в удовлетворительном состоянии по месту жительства (24 койко-дня). При выписке: температура тела 36,0 – 36,40 С, из симтомокомплекса астенизация, одышка при умеренных физических нагрузках 18 дыхательных движений в 1 минуту, SpO2 97%, положительная рентгенологическая динамика (уменьшение очагов инфильтрации в легких на 80%). Данные КТ в постковидном реабилитационном периоде не предоставлены.

По моим данным за 2020 г: Россия, Украина, Белоруссия, Казахстан, Германия, Индия из 362 пациентов с легкой и средней степенью тяжести, принимавших гексаметилентетрамин (кальцекс, methenamin, **Antihydral)** не умер ни один человек. У них был диагностирован COVID-19 уже с клиническими проявлениями (высокая температура тела, кашель, одышка, изменения обоняния и вкуса, першение в носоглотке и т.д.) они сразу стали принимать гексаметилентетрамин и в течение 7 - 10 дней полностью поправились! Из тех пациентов, кто был в состоянии средней тяжести и тяжелой степени и «двигался» в реанимацию (97 человек) на ИВЛ не попали и выздоровели.

На самом деле, положительных наблюдений гораздо больше, но они нигде не регистрировались официально.

**Про бизнес, про международные попытки донести информацию, про обращение к международному сообществу и про то, что это сейчас бессмысленно и уже не актуально …**

Вот, когда накопилась «критическая масса» наблюдений мною была предпринята очередная попытка реализовать эту информацию, но уже через бизнес – сообщество. Я обратился к некоторым владельцам очень крупных фармацевтических компаний (некоторые с иностранным капиталом). В одних я имел опыт работы (включая иностранную фармкомпанию) в должностях заместителя директора по развитию, главного технолога и директора по производству и хорошо знал лично владельцев бизнеса (некоторые с профильным медицинским образованием) и мог донести информацию непосредственно до первых лиц.

Люди - очень влиятельные (кто-то депутат Государственной Думы, кто-то однокурсник министра здравоохранения своего государства, кто-то вхож вообще в правительство своей страны).

Но, в итоге, либо отсутствие реакции и молчание, либо сомнения, а те, кто отозвался и, даже провел переговоры в правительстве, сообщили, что все очень не просто (очень много политики и есть конфликт интересов) и решения, принимаются совсем, не так как я это себе это представлял.

Наконец, был озвучен вопрос: «…, допустим, ты прав, а как мы на этом сможем заработать, ведь лекарство очень дешевое?». «…, наш бизнес основан на государственных контрактах, а государство не включило этот гексаметилентетрамин в список перспективных противовирусных средств».

Круг – замкнулся.

Я уже писал, что среди моих пациентов были граждане других государств, которые справились с COVID-19, применяя гексаметилентетрамин.

Среди них, оказались и журналисты. Вот, что написал украинский журналист (подлинник текста письма).

**Alexey Lesik**

3338243@gmail.com

21.09.20 в 19:05

1 получатель :

Родионов Сергей

История, проект корона

«Весной 2020 года я заболел коронавирусной инфекцией КОВИД-19.  Как и все вы, я нахожусь в том же информационном поле: интернет, телевизор, газеты... Везде пишут и говорят, что болезнь неизлечима и много людей от нее умирают.

Я, честно говоря, был почти в депрессии из-за всего этого. Особенно учитывая что я, в последние дни до того как болезнь проявилась, общался с мамой, сестрой и ее мужем, моими племянниками и друзьями. Моей маме 62 года и она относиться к так называемой группе риска.

Из всех моих друзей и знакомых был врач, основным профилем лечения, которого являются вирусные и иммунные заболевания.

Он доктор медицинских наук, врач иммунолог. После разговора с ним мне стало немного легче на душе. Он мне объяснил, что болезнь лечиться, как простуда или грипп.

Прописал мне таблетки и схему их приема. Через 2 дня я чувствовал себя отлично, через 5 дней был полностью здоров. Эти же таблетки, но в профилактических дозировках он прописал тем, с кем я общался, и они не заболели... Я спросил его, почему никто в мире не знает об этом? Ответ меня крайне удивил. Оказывается, знают некоторые врачи и лечат, но глобально не могут донести эту информацию. Их не слышат.

В моем кругу общения множество руководителей различных компаний, я подумал, что смогу донести информацию до политиков. Те в свою очередь преподнесут ее через СМИ всему миру, и наконец, люди перестанут умирать от этой болезни. По всему миру и наконец, закончиться эпопея с карантинами. Но на деле все оказалось не так уж и просто. Одни просто не хотели в это ввязываться, другие говорили, что слишком много фейков среди лекарств, которые якобы лечат, но не лечат (как с лекарством от малярии или ВИЧ инфекции). Политики - как всегда... много говорят, но мало делают.

Связались мы с одним политиком, который общается в высших политических кругах США и в том числе с президентом Дональдом Трампом. И писали мы письма ему по его запросам на имя президента, на имя Мелании и Иванки Трамп и еще много кого... три месяца это длилось, а потом он просто перестал выходить на связь.

При случайном стечении обстоятельств удалось через знакомого переговорить по этому вопросу с лоббистом из США, который по совместительству друг Д. Трампа. Он оказался самым честным среди всех кто связан с политикой, с которыми мы разговаривали на эту тему. Он нам объяснил, что президент возможно включиться в процесс, но только после того как Министерство Здравоохранения США даст заключение что лекарство лечит эту болезнь. Но в Министерстве очень много заявок (корпорации хотят под шумок карантина заработать свои миллиарды, как в случае с все тем же лекарством от малярии) и пока, до заявки нашей дойдет очередь, может пройти не один год.

Я подумал, а почему бы не сделать все тем способом, который у меня хорошо получается... Так родилась идея сделать документальный фильм и в нем рассказать обо всем. О том, какой путь мы преодолели, о том, как врачи пытались донести информацию. И о самом главном: как и чем, лечиться эта болезнь.

Конечно на тех лекарствах, которые помогли мне и моим близким фармацевтические гиганты не заработают свои миллиарды, так как лекарство очень дешевое и открыто было еще в 1890 году (я потратил на курс лечения аж, целых 5$ США), но зарабатывать на смертях людей…

  В фильме вы услышите мнения врачей, вирусологов, иммунологов с разных стран мира о том, что такое COVID-19, как он действует на организм и самое главное, как его вылечить! Вы услышите не тех, кто находится в своих кабинетах и раздает указания другим, а тех, кто непосредственно занимается спасением жизней. Мы расскажем вам весь наш путь и как мы пришли к тому, что единственное, что мы можем сделать - это документальный фильм, через который расскажем и покажем, как спасти жизни людей.

Имена врачей, и того профессора который открыл данный метод лечения мы раскроем непосредственно в фильме. Мы опасаемся того, что на врачей будет оказываться давление и угрозы.

Фильм выйдет на Ютуб канале, так же мы в процессе переговоров с некоторыми телеканалами, о результатах которых мы вас тоже проинформируем.

Нам нужна ваша помощь, для того чтоб собрать бюджет, для создания документального фильма и ваши репосты фильма, после того как он будет создан. Так же, все средства, которые будут собраны сверх бюджета фильма, мы направим на проведение контролируемых международных медицинских исследований по данному методу лечения.

Заранее вам очень благодарны за ваше участие в компании по сбору средств.

Делайте репосты данной компании, пожалуйста, нам очень это важно».

Далее прошло очень много времени на создание компании по сбору средств, аккаунта на платформе

kickstarter.com/projects/swteam/covid-19-exit-here...

COVID-19 EXIT HERE by Kateryna Lapa — Kickstarter

проверки, согласования и т.д.



### Storia

# How the idea of creating a documentary film COVID-19 EXIT HERE was born. Our story...

In the spring of 2020, I contracted the COVID-19 coronavirus infection. Like all of you, I am in the same information field: the Internet, TV, newspapers ... Everywhere they write and say that the disease is incurable and many people die from it.

I was honestly almost depressed about all this. Especially considering that in the last days before the disease manifested itself, I communicated with my mother, sister and her husband, my nephews and friends. My mother is 62 years old and she belongs to the so-called risk group.

Of all my friends and acquaintances, there is only one doctor whose main treatment profile is viral and immune diseases. He is a medical doctor, virologist and immunologist. After talking with him, my soul felt a little better. He explained to me that the disease can be treated easily and quickly, like a cold or flu.

He prescribed me the pills and the scheme for taking them. After 2 days I felt great, after 5 days I was completely healthy. He prescribed the same pills in prophylactic dosages to those with whom I spoke and they did not. got sick ... I asked him why no one in the world knows about this? The answer surprised me extremely. It turns out that I know some doctors and treat, but globally cannot convey this information to the world. They are not heard.

There are many leaders of various companies in my social circle, I thought that I could convey information to politicians. Those, in turn, will present it through the media to the whole world, and finally people will stop dying from this disease. around the world and the epic will finally end. with quarantines. But in reality, everything turned out to be not so simple. Some simply did not want to get involved in it, others said that there were too many fakes among drugs that allegedly cure but do not cure (like with a medicine for malaria or HIV infection). Politicians - as always ... talk a lot but do little. We contacted one politician who communicates in the highest political circles of the United States, including President Donald Trump. And we wrote letters to him at his requests, addressed to the president, to Ivanka Trump and many others ... it lasted three months, and then he simply stopped communicating.

Under a coincidence, it was possible through a friend. negotiate on this issue with a lobbyist from the United States (I do not remember the last name) who is also a friend of D Trump. He turned out to be the most honest among all the politicians with whom we talked on this topic. He explained to us that the President may be involved in the process, but only after the US Department of Health gives a conclusion that the medicine cures this disease. But there are a lot of applications in the Ministry (corporations want to earn their billions under the guise of quarantine, as is the case with the same medicine for malaria) and it may take more than one year until our turn comes.

I thought, why not do everything in the way that I did well ... So the idea was born to make a documentary and tell about everything in it. About what path we have overcome, about how the doctors tried to convey information. And about the most important thing: how and with what to treat this disease.

We will reveal the names of the doctors and the professor who discovered this method of treatment directly in the film. We fear that the doctors will be pressured and threatened.

The film will be released on the YouTube channel, we are also in the process of negotiations with some TV channels, the results of which we will also inform you about.

We need your help in order to collect the budget for the creation of the documentary and your reposts of the film after it is created. Also, we will direct all the funds that will be collected over the budget of the film to conduct controlled medical research on this method of treatment.

Thank you in advance for your participation in the fundraising company.

Please repost this company, it is very important to us.

Yours Alexey Lesik. Author of the idea, Director and Producer of the documentary film COVID-19 EXIT HERE and creator of the project SW Save The World

# Where will the filming?

Filming will take place in the following countries: USA, Italy, Spain, China, Russia

# When will the documentary be released and where can I watch it?

Filming will last for three weeks, editing for two weeks. The film can be watched on the YouTube channel, Vimeo, negotiations are underway with international TV channels (we will report on their results)

# What languages will the film be available in?

Documentary film "Covid-19: Exit Here" will be available in the following languages: English, Spanish, Russian

# Our channels:

**WhatsApp:** <https://chat.whatsapp.com/KtrRdQleUXyBNuUJwd9e8R>

**Telegramm:** <https://t.me/saveworldnow>

**Facebook:** <https://www.facebook.com/saveworldnow/>

# About the special award

We are ready to provide special awards for the company. Video sequence with a representative of your company at the beginning of the film up to 2 minutes long. The theme is discussed separately, but it should be within the general theme of the film. Please contact us on this matter by e-mail.

# Our Reward items for you:

Как видите, дорогие Друзья, что дело не в конкретных людях, принимающих те или иные решения и не в конкретных странах. Везде все одинаково.

**Это работает Система! По своим Законам, в своем Пространстве и в своей Реальности!**

Но, теперь это перестало быть актуальным. Пришла очередная волна мутированного SARS-CoV-2. Более жестокая и более смертоносная.

Скорее всего, это не последняя волна.

И ждать того, что кто-либо из лиц, принимающих решения обратит на это внимание, абсолютно бессмысленно. Иллюзий нет.

Потому, мною было принято решение открыть информационный канал, написать этот материал, начать выпускать видеосюжеты и начать доносить информацию для широкой аудитории. Начать дискуссию среди ученых и практикующих врачей.

Так же, на канале буду публиковать видео и письма людей, которые воспользовались этой информацией.

Поскольку меры для прекращения пандемии, на мой взгляд - недостаточны и не всегда адекватны, а современное лечение не способно радикально изменить ситуацию в лучшую сторону (уровень госпитальной смертности от COVID-19 говорит сам за себя), мы остались один на один с этой смертельной угрозой.

Публикую эту информацию потому, что об этом еще никто и нигде не писал. И, возможно это поможет сохранить жизнь Вам, Вашим Родным и Близким!

Про вакцины и вакцинацию имею свою точку зрения и подробно на этом вопросе остановлюсь в следующем своем материале, который уже начал готовить.

**Про сейчас…**

То, о чем я писал выше – это в основном опыт 2020 г. А сейчас происходит следующее. Поскольку нас «накрыл» новый вариант SARS-СоV-2 (вариант Δ) и он намного контагиознее предыдущего, и смертоноснее предыдущего то - как сработает гексаметилентетрамин в этих условиях?

А он – уже работает!

И он не может не работать, поскольку для реализации противовирусной активности гексаметилентетрамину нужна кислая среда (рН< 7,0), а это очаги воспаления и наличие пуриновых и пиримидиновых оснований из которых и состоят рибонуклеиновые кислоты вирусов. Отсутствие РНК и ДНК в вирусах – это уже нечто иное, но не вирус.

Однако в настоящих условиях есть принципиальное отличие.

Вирус дельта стал не только более вирулентным и смертоносным, он стал и более «живучим».

И если раньше в 2020 г удавалось на достаточно умеренных дозах гексаметилентетрамина справиться с инфекцией, даже при развившейся клинической картине в течение уже нескольких дней, то сейчас, прием гексаметилентетрамина в 1-2 сутки заболевания требует увеличения доз (но в пределах рекомендованных инструкцией по применению). Так, могу сказать, что прием препарата в первые 2-3 суток заболевания гарантированно позволяет справиться с инфекцией в течении 5 – 10 суток от начала лечения.

Буду выкладывать на канале (практически в режиме on line) ежедневную переписку, фото, аудио и видеоотчеты конкретных пациентов успешно завершивших лечение и проходящих лечение.

Вы увидите, что это не постановка и не «фейки». А главное, вы поймете, что есть вариант более эффективного лечения COVID-19.

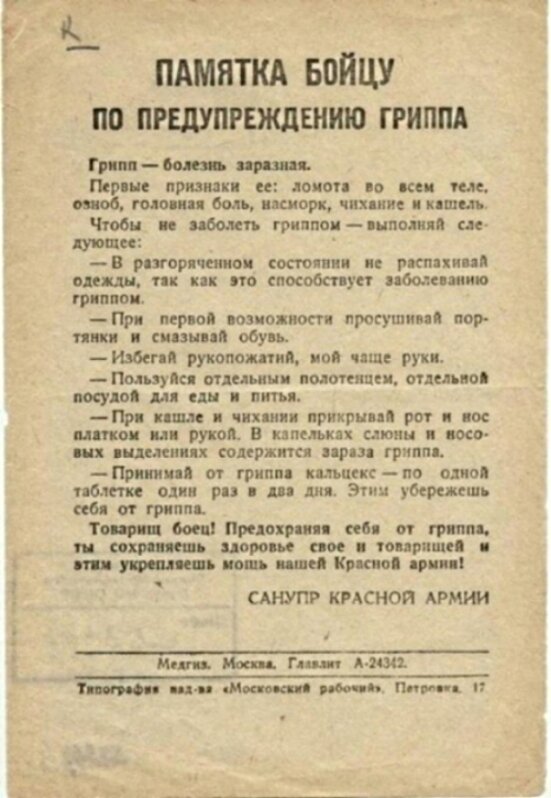
**Про Национальную Безопасность…**

Ко мне на глаза попался любопытный документ «Памятка бойцу Красной Армии по предупреждению гриппа», где в числе мер профилактики от инфекции Главным санитарным управлением Красной Армии, образованным в 1939 году, рекомендовано принимать препарат кальцекс. **Читаю: «Товарищ боец! Предохраняя себя от гриппа, ты сохраняешь здоровье свое и товарищей и этим ты укрепляешь мощь нашей Красной Армии». Принимай от гриппа кальцекс по 1 таблетке 1 раз в 2 дня.**

А препарат кальцекс – это и есть гексаметилентетрамин!!!

Во время Первой мировой однозначно было именно так: разразившаяся в 1918 году пандемия «испанки» убила людей больше, чем все пули, снаряды и мины, вместе взятые.

Тем не менее, Великая Отечественная война при всем своем колоссальном размахе и немыслимых жертвах, не была отмечена вспышками действительно массовых, повальных хворей, как на фронте, так и в тылу. Естественно, никаким везением или чем-то подобным это не было, и быть не могло.



САНУПР - санитарное управление Красной Армии, образовано в 1939 году, Берёт начало в 1918 году из санитарного отдела РККА.

Вот задаю себе вопрос. Неужели в 1939 году руководители медицины были мудрее…?! Видимо – да.

По-видимому, современная плеяда руководителей здравоохранения уже не та. Могу сделать такое заключение из своего личного опыта члена докторского диссертационного Совета по присуждению научных степеней кандидатов и докторов наук по специальностям: 14.00.36 аллергология и иммунология; 03.03.01 физиология и 14.02.03 общественное здоровье и здравоохранение.

Так вот, самые слабые диссертационные работы в Совет представлялись именно организаторами здравоохранения (особенно чиновниками из Москвы). Порой складывалось такое впечатление, что эти «соискатели» ученых степеней сами были не в курсе сути собственных научных изысканий.

Ну, да не в этом дело.

В последнее время наша страна добилась невероятных успехов в области укрепления обороноспособности. Это очевидно.

Я по базовому образованию военный врач (лечебное и профилактическое дело). Т. е. военный клинический врач, военный эпидемиолог и военный санитарный врач «в одном флаконе».

Так вот, если наша военная мощь, как гарант суверенитета, защищена всеми мыслимыми и немыслимыми высокотехнологичными вооружениями, то к применению вирусологического оружия мы, наверное, готовы – не очень!

Еще слушателем военно-медицинского факультета меня не покидал вопрос от чего в индивидуальном войсковом комплекте (тогда это была аптечка индивидуальная войсковая АИ – 1) отсутствует средство защиты от вирусологического оружия? Там есть и антибиотик, и антисептик, и средство для обеззараживания воды и радиозащитное средство, и наркотический анальгетик и антидоты против химического оружия и т.д. А вот против вирусного оружия средства нет до сих пор (теперь это аптечка индивидуальная войсковая АИ – 4).

На мой вопрос офицеры, преподававшие нам военную эпидемиологию, отвечали, что такого средства не существует.

Вот парадокс. В 1939 году оно было, а в 2021 г его нет!

Но, оно есть и это дешевый кальцекс (гексаметилентетрамин) который способен защитить военнослужащего практически от любого вируса (даже генно-модифицированного).

Это утверждение основано на механизме его противовирусного влияния, о котором я достаточно подробно написал выше.

На мой взгляд – это очевидно!

Просто мы видим, что при использовании вирусологического оружия и при отсутствии индивидуально средства защиты от него, окажется, что управлять и танками и самолетами и кораблями и «гиперзвуком» будет некому.

Вряд ли это прочитают в МО РФ, но попытку использую.

**Глубокоуважаемый Сергей Кужугетович** (Шойгу)**!**

**Глубокоуважаемый Дмитрий Вячеславович** (Тришкин), начальник ГВМУ МО РФ)**!**

Прошу Вас обратить внимание на эту информацию.

Просто, обратите внимание и все.

**Про то, что будет…**

Думаю, что после выхода этого материала придет шквал критики от экспертов, псевдо экспертов и совсем не экспертов.

Я всегда готов к конструктивной критике и с благодарностью ее приму.

Но, думаю, будет иначе. Начнется «закатывание в асфальт», причем очень тщательное.

Многие оппоненты скажут: «… ну и что нам тут может рассказать какой-то обычный врач провинциальной клинической больницы»?! «Мало ли что может написать какой-то «сумасшедший» (пусть и доктор медицинских наук)»!

Ну, во-первых, Вы будете удивлены, может и знает.

Во-вторых, если «сумасшедший», то это было бы очень просто.

В-третьих, (очень надеюсь, что Вы целиком прочитали текст до конца) я не всегда работал обычным врачом провинциальной больницы.

Кстати, я получил бесценный опыт и знание работы «оптимизированной» медицины изнутри. Это – нечто!

И, наконец, как я уже сообщал, это был мой осознанный выбор.

Предполагаю, что реакция местных начальников от медицины не будет отличаться особой изобретательностью.

Понятно, что работа в ковидном госпитале для меня будет закрыта. И, честно говоря, я и сам не хотел бы, ежедневно быть свидетелем многих смертей при проведении стандартных протоколов лечения. Я буду видеть и знать, что был шанс изменить финал, но не смогу ничего сделать в силу многочисленных ограничений. Это очень, психологически, тяжело.

Да и, на самом деле, то, что было необходимо увидеть – я увидел, то, что нужно было понять – я понял, и в чем нужно было убедиться –убедился.

А, эти ограничения достаточно просто превратить в конструктивные действия. Просто нужно воспользоваться прописанной процедурой в регламентирующих документах для применения в конкретной ситуации лекарственных средств и методов лечения пока не включенных в перечень рекомендованных.

А именно. Созвать этический комитет, консилиум специалистов, заслушать суть предложения, обсудить и, в случае гипотетической целесообразности, принять решение о применении в конкретной ситуации с разъяснением и письменным согласием пациентов или их законных представителей. Далее утвердить программу наблюдений и клинический протокол.

Но, для этого нужна воля руководителей здравоохранения (от конкретной клиники – до Министерства). А ее – нет.

А дальше …?!

А дальше, по мере возможностей, буду помогать конкретным людям, доводить информацию для широкой аудитории, привлекать коллег, разделяющих эту точку зрения.

Если буду уволен (не исключено), то потеря оклада в 25 000 рублей – так себе потеря.

Вот все, что мной было написано, не более «безумно», чем то, что с регулярной периодичностью предлагается и озвучивается руководителями здравоохранения самого высокого уровня с каналов ЦТ и пишется в СМИ.

Так, в первую волну пандемии, при отсутствии в необходимом количестве аппаратов ИВЛ было предложено производить аппараты ИВЛ из расчета 1аппарат на насколько пациентов (?!). Или рекомендации по применению препаратов против малярии (без установленного механизма действия против самой малярии) для лечения COVID-19 (?!).

Далее, про недавно анонсированный препарат «МИР-19».

**Цитирую:** Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА) анонсировало клинические испытания новой российской **вакцины** от коронавируса «Мир-19». Об этом рассказала директор ФМБА Вероника Скворцова. По словам Скворцовой, **вакцина** «Мир-19» разработана на новой технологической платформе и нацелена на развитие клеточного иммунитета, так как воздействует на наиболее устойчивые участки вируса, заявила через пресс-службу глава агентства Вероника Скворцова.

МИР-19 является **антидотом** против коронавируса, его действие основано на хорошо изученном механизме интерференции РНК, объяснила пресс-служба ФМБА.

Наиболее эффективным разработчики считают ингаляционное введение **препарата**, что возможно в виде назального спрея при контакте с больным и в виде ингаляций при течении уже возникшего заболевания. **Конец цитирования**.

Так это что? Противовирусный препарат? Или это вакцина? Или все же - это антидот (против чего?)?!.

Ну, ей Богу! Такая путаница в «показаниях»!

На мой взгляд (не беру суть механизма предполагаемого лекарственного средства или вакцины или антидота) ингаляция его столкнется со следующими сложностями.

Неизбежно нарушение проникновения лекарства в клетки слизистых оболочек верхних дыхательных путей из-за отека при воспалении и эвакуация лекарства вследствие повышенного отделения слизи из носоглотки.

Ситуация очень похожа на местное применение интерферонов (писал об этом выше).

Мне, как доктору медицинских наук по специальности 14.00.36 Аллергология и иммунология не очень понятно.

Я лично знаю многих серьезных ученых иммунологов из Института Иммунологии, с которыми часто встречался и на конференциях и в неформальных беседах.

И доклинические и клинические испытания своего иммуномодулятора проводил в стенах этого уважаемого научного центра.

И рецензию на мою докторскую диссертацию писали академик РАН и РАМН **Рахим Мусаевич Хаитов** (директор НИИ иммунологии) и академик РАН и РАМН **Александр Викторович Караулов** (директор Института биомедицинских исследований и терапии, заведующий кафедрой клинической иммунологии и аллергологии Московской медицинской академии).

Так, же предисловие к мой книге «Альфа-фетопротеин» написал  советский и российский [иммунолог **Рэм Викторович Петров**](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BC%D0%BC%D1%83%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3). [Академик РАН](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BA%D0%B0%D0%B4%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D0%BA_%D0%A0%D0%90%D0%9D) (действительный член [АН СССР](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%9D_%D0%A1%D0%A1%D0%A1%D0%A0) с 1984 года) и её [вице-президент](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B4%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE_%D0%A0%D0%90%D0%9D) (до 2001 года, как вице-президент АН СССР с 1988 года), академик [РАМН](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%BE%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B9%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%B0%D0%BA%D0%B0%D0%B4%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D1%85_%D0%BD%D0%B0%D1%83%D0%BA) (1978), академик [РАСХН](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%BE%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B9%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%B0%D0%BA%D0%B0%D0%B4%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F_%D1%81%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D1%81%D0%BA%D0%BE%D1%85%D0%BE%D0%B7%D1%8F%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D1%85_%D0%BD%D0%B0%D1%83%D0%BA) (1991). [Герой социалистического Труда](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%B9_%D0%A1%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D0%A2%D1%80%D1%83%D0%B4%D0%B0) (1991).

Пушу эту информацию исключительно с целью того, что имею представление по сути вопроса.

Не мне судить, но руководителю здравоохранения самого высоко уровня не следует публично доводить информацию, не будучи достаточно глубоко погруженной в тему, поскольку эту информацию читает и слышит не только аудитория далекая от науки и медицины, но и профессионалы.

Ну, вот, у многих вызвал раздражение.

**Про выводы, которые можно сделать из всего вышеизложенного…**

1. Гексаметилентетрамин (и его аналоги) является пролекарством в результате его распада в кислой среде или в нейтральной под воздействием ферментов образуется активный молекулярный формальдегид в концентрациях безопасных для пациента, но достаточных для подавления вирусов и бактерий.
2. Гексаметилентетрамин оказывает прямое повреждающее действие на РНК и ДНК вирусов, но сохраняет антигенность их белковых структур, что способствует активной выработки специфических антител против вирусов.
3. Гексаметилентетрамин способен блокировать механизм проникновения вируса в клетки через нейтрализацию активных протеолитических ферментов вируса.
4. Гексаметилентетрамин способен предотвратить развитие сердечно-легочной недостаточности, ДВС и сепсис при осложненной форме течения заболевания за счет блокады системной трипсинемической катастрофы в организме при этих состояниях.
5. Гексаметилентетрамин активно срабатывает в очагах воспаления (пневмония и др.) за счет локального ацидоза (закисления) тканей.
6. Гексаметилентетрамин не относится к классу веществ повышенной опасности.

**Про практические перспективы…**

Понятно, что в настоящее время активно тестируются различные лекарственные препараты в качестве кандидатов для борьбы с COVID-19 (даже никогда не использовавшиеся ранее в лечении вирусных заболеваний).

Непонятно почему невозможно провести аналогичные исследования в отношении гексаметилентетрамина? На фоне тех колоссальных затрат (покупка огромного количества ИВЛ аппаратуры, кардиореспирмониторов, строительства временных инфекционных клиник со всем их оснащением и др.) скрининговые, пострегистрационные исследования гексаметилентетрамина будут выглядеть просто незаметными. Про человеческие жизни и экономические потери даже говорить не хочется. Мы с Вами очень дорого за это заплатим!

Если идея себя оправдает, то это может открыть следующие возможности:

1. Использовать давно зарегистрированный препарат по новому назначению для неспецифического действия на различные РНК и ДНК содержащие вирусы (не факт, что эта пандемия будет последней и возможно с другими возбудителями инфекций).
2. Возможно, что использование гексаметилентетрамина позволит снизить тяжесть течения заболевания на госпитальном этапе помощи и, как следствие, снизить смертность.
3. При первых признаках (или при выявлении на скрининговой диагностике) COVID-19 привентивный прием препарата «кальцекс» (в составе которого гексаметилентетрамин) в течение нескольких дней не позволит перейти болезни в клиническую фазу или предотвратит развитие ее тяжелой формы.

Про разницу в стоимости препаратов я уже писал выше. Она несопоставима.

**Вместо послесловия**

В последнее время не прекращаются дискуссии о естественной мутации коронавируса или о его искусственном происхождении.

Биоинформатики из Кембриджа, пользуясь искусственным интеллектом, разыскали в генетической последовательности SARS-CoV-2 вставку из восьми аминокислот, которая идентична такому же фрагменту в одном из важных белков человека. Эта вставка расположена как раз на том месте генома, которое предположительно определяет возможность проникновения вируса внутрь клетки человека. По словам авторов статьи, она абсолютно уникальна, ее нет больше ни в одном из коронавирусов.

Генетик, профессор Гёттингенского университета (Германия) Константин Крутовский в разговоре с «Известиями» выдвинул четыре гипотезы возникновения в SARS-CoV-2 части человеческого белка.

«Конечно, это может быть случайной мутацией-вставкой, но вероятность такого события ничтожна мала. Второй вариант: промежуточный хозяин коронавируса имеет вставку, идентичную человеческой, к которой адаптировался в процессе естественного отбора и мутирования. Но пока такой хозяин не найден. Третий: вирус уже давно существовал в популяции людей, либо его пассировали (выращивали в лабораторных условиях) на клетках человека. И четвертый: ее искусственно вставили», — считает эксперт.

В последнее время на канале You Tube особенно большой резонанс вызывают видео обращения известного политолога Сергея Кургиняна.

В них он ссылается на мнение очень авторитетного вирусолога, лауреата Нобелевской премии Люка Монтанье. Который утверждает, что вирус SARS-CoV-2 создан искусственно и тотальная вакцинация приведет к неизбежным мутациям вируса. И это уже случается. Варианты дельта и лямбда. Вот уже в июле 2021 г глава ВОЗ Тедрос Аданом Гебрейесус заявил, что в дальнейшем могут появиться новые штаммы коронавируса, еще более опасные, чем индийский штамм.

Сергей Кургинян, не без оснований называет **Люка Монтанье** вирусологом №1 в Мире.

Я, к моему великому сожалению, лично не знаком с вирусологом №1 Люком Монтанье.

Но, я знаком лично со Швейцарским иммунологом и вирусологом, лауреатом Нобелевской премии по физиологии и медицине 1996 года - «за открытия в области иммунной системы человека, в частности её способности, выявлять клетки, пораженные вирусом», профессором экспериментальной иммунологии Университета Цюриха **Рольфом Цинкернагелем**.

И его, я тоже считаю вирусологом №1 в Мире.

Очень много лет тому назад, он приезжал к нам в Институт иммунологии УрО РАН, где я работал руководителем лаборатории цитокинов, с лекциями.

И на лекциях и в личных беседах я услышал потрясающую информацию о механизмах «ускользания» вирусов от иммунной системы. Уже тогда, когда о COVID-19 никто и «слыхом не слыхивал» и никто не предполагал, что такое - возможно, он на примере вируса иммунодефицита показал всю бесперспективность попыток создания вакцин против ВИЧ.

Позднее его гипотезы были полностью подтверждены и были внесены в резолюцию 20-й международной конференции по ВИЧ в Австралии (Мельбурн).

Поскольку существует мнение об участке РНК вируса иммунодефицита человека в SARS-CoV-2, то конечно возникает много вопросов о его происхождении.

И один из них: «а не специально ли коронавирусу встроили этот участок РНК для усиления механизма «ускользания» от иммунной системы»?!

**Рольф Цинкернагель**



А если вирус мутирует, что является естественной адаптогенной реакцией патогенна в теле носителя, то это уже иная история и не очень веселая.

Но, об этом я напишу подробно в следующем своем материале.

***Дорогие Друзья и Глубокоуважаемые оппоненты! Искренне Вас благодарю, дочитавших эту информацию!***

***Воспользоваться ей или нет, решать Вам. Тем более что все то, что в этом тексте отражено далеко от доказательной медицины. Для этого нужны Воля, Деньги и Время! А последнего, увы, уже нет.***

***И как сказал один из мною уважаемых врачей-пульмонологов из «красной зоны»: «пред доказательной медициной нужно снимать шляпу, но не стоит снимать голову».***

**Здоровья Всем! Выход есть и он гораздо ближе, чем Вы думаете!**

**С уважением,**

**Кандидат медицинских наук по специальности:** 14.01.17 –хирургия; **доктор медицинских наук по специальностям:** 14.00.36 Аллергология и иммунология; 14.01.04 Внутренние болезни.

***Сергей Родионов***

**Литература**

1. Большая Медицинская Энциклопедия (БМЭ), под редакцией Петровского Б.В., 3-е издание, стр. 75
2. Государственная Фармакопея, 2018 г, издание 14, том 3, стр. 4350-435.
3. Машковский М.Д. Лекарственные средства (пособие для врачей), изд. 13, Т2, с.409-410.
4. Сувернев А.В. Основы безопасности пиковой гипертермии (Первое сообщение) / А.В. Сувернев; Сибирский НИИ гипертермии.- Новосибирск: Академическое изд-во «Гео», 2007.- 125 с.
5. Сергеев В.А., Непоклонов Е.А., Алишер Т.И. /Вирусы и вирусные вакцины.- М.: Библионика, 2007.- 524 с.
6. https://pillintrip.com/ru/medicine/
7. Временные методические рекомендации: профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID – 19), версия 11 от 07.05.2021 г, 215 с.
8. Hayden F. G., Shindo N. Influenza virus polymerase inhibitors in clinical development (англ.) // [Current Opinion in Infectious Diseases](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=Current_Opinion_in_Infectious_Diseases&action=edit&redlink=1). — 2019. — Vol. 32, N 2. — P. 176—186.
9. Константин Журавлёв. [Минздрав одобрил препарат РФПИ и «ХимРара» от коронавируса](https://www.gazeta.ru/social/2020/05/30/13101877.shtml). Газета.ру (30 мая 2020).
10. Li G., De Clercq E. Therapeutic options for the 2019 novel coronavirus (2019-nCoV)  // Nature Reviews Drug Discovery. — 2020. — Vol. 19, iss. February. — P. 149—150.
11. [Brief -Corrected — Zhejiang Hisun Pharma gets approval for clinical trial to test flu drug Favipiravir for pneumonia caused by new coronavirus](https://www.reuters.com/article/brief-corrected-zhejiang-hisun-pharma-ge/brief-corrected-zhejiang-hisun-pharma-gets-approval-for-clinical-trial-to-test-flu-drug-favipiravir-for-pneumonia-caused-by-new-coronavirus-idUSL4N2AH0C8). Reuters Healthcare, February 16, 2020.
12. [Fujifilm Announces the Start of a Phase III Clinical Trial of Influenza Antiviral Drug Avigan (favipiravir) on COVID-19 in Japan and Commits to Increasing Production](https://www.drugs.com/clinical_trials/fujifilm-announces-start-phase-iii-clinical-trial-influenza-antiviral-avigan-favipiravir-covid-19-18505.html).
13. [COVID-19](https://www.who.int/publications/i/item/who-r-d-blueprint-covid-19-informal-consultation-on-the-potential-inclusion-of-favipiravir-in-a-clinical-trial) : Informal consultation on the potential inclusion of Favipiravir in a clinical trial : Draft : Geneva : WHO, 2020. — 10 April. — 19 p. — (WHO R&D Blueprint).
14. Swift R. [Fujifilm's Avigan inconclusive in COVID-19 patients in Japan trial](https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-avigan-trial/fujifilms-avigan-inconclusive-in-covid-19-patients-in-japan-trial-idUSKBN24B0M4)  / Reporting by Rocky Swift; Editing by Chris Gallagher and Chang-Ran Kim // Reuters. — 2020. — 10 July.
15. Гончаренко Р. [Авифавир - новое российское лекарство от коронавируса?](https://www.dw.com/ru/%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%84%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%80-%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B5-%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B9%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5-%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE-%D0%BE%D1%82-%D0%BA%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81%D0%B0/a-53766078) / Роман Гончаренко // DW. — 2020. — 11 июня.
16. Reed AC Siemieniuk, Jessica J. Bartoszko, Long Ge, Dena Zeraatkar, Ariel Izcovich. [Drug treatments for covid-19: living systematic review and network meta-analysis](https://www.bmj.com/content/370/bmj.m2980) // BMJ. — 2020-07-30. — Vol. 370. — P. m2980. — [ISSN](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B6%D0%B4%D1%83%D0%BD%D0%B0%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%81%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B9%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D1%80) [1756-1833](https://www.worldcat.org/search?fq=x0:jrnl&q=n2:1756-1833). .
17. Norrie J. D. [Remdesivir for COVID-19](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31023-0/abstract) : challenges of underpowered studies  / John David Norrie // [The Lancet](https://ru.wikipedia.org/wiki/The_Lancet). — 2020. — Vol. 395, N. 10236 (June). — P. 1525–1527. — Publ. online Apr, 29 2020. — [ISSN](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B6%D0%B4%D1%83%D0%BD%D0%B0%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D1%80_%D1%81%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D0%B8%D0%B7%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F) [1474-547X 0140-6736, 1474-547X](https://www.worldcat.org/search?fq=x0:jrnl&q=n2:0140-6736,).
18. Wang, Yeming. [Remdesivir in adults with severe COVID-19](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31022-9/abstract) : a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial / Yeming Wang, Dingyu Zhang, Guanhua Du … [et al.] // [The Lancet](https://ru.wikipedia.org/wiki/The_Lancet). — 2020. — Vol. 395, no. 10236 (May). — P. 1569–1578. — Publ. online: April 29, 2020.
19. Silverman, Ed. [New data on Gilead’s remdesivir, released by accident, show no benefit for coronavirus patients. Company still sees reason for hope](https://www.statnews.com/2020/04/23/data-on-gileads-remdesivir-released-by-accident-show-no-benefit-for-coronavirus-patients/) : [[англ.](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B3%D0%BB%D0%B8%D0%B9%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA)] / Ed Silverman, Adam Feuerstein, Matthew Herper // Stat. — 2020. — 23 April.
20. [WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 16 October 2020](https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---16-october-2020), 16 October 2020.
21. [Repurposed antiviral drugs for COVID-19 –interim WHO SOLIDARITY trial results](https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.15.20209817v1), October 15, 2020.
22. [Recommended International Nonproprietary Names: List 65](http://www.who.int/medicines/publications/druginformation/innlists/RecList65_final.pdf) :  [[арх.](https://www.webcitation.org/6A0NjwtrV) 18 августа 2012] // International Nonproprietary Names for Pharmaceutical Substances (INN). — 2011. — Vol. 25, N. 1. — P. 91.
23. [<https://novayagazeta.ru/articles/2020/09/05/86963-zolotaya-pustyshka> Золотая пустышка; газ] : [[арх.](https://web.archive.org/web/20200907103222/https:/novayagazeta.ru/articles/2020/09/05/86963-zolotaya-pustyshka) 7 сентября 2020] / Иван Жилин // Новая газета. — 2020. — № 97 (7 сентября).
24. *Li, Y.* Efficacy and safety of lopinavir/ritonavir or arbidol in adult patients with mild/moderate COVID-19 : an exploratory randomized controlled trial :  / Y. Li, Z. Xie, W. Lin … [et al.] // Med (N. Y.) : журн. — Cell Press, 2020. — Vol. 1 (November). — P. 1–9
25. Li, et al. // Efficacy and safety of lopinavir/ritonavir or arbidol in adult patients with mild/moderate COVID-19: an exploratory randomized controlled trial. // Med, Journal pre-proof, 17 April 2020.
26. Ройт А., Бростофф Дж., Мейл Д. Иммунология. Пер. с англ.- М.: Мир, 2000.- 592 с.
27. Joseph M. Cummins, DVM, PhD and Chad G. Thompson, B. A.[Low Dose Interferon, Immune Modulation and Emergency Influenza Prophylaxis](http://www.pathobiologics.org/ivphc/ref/iav121604.doc) (англ.) : journal. — Amarillo Biosciences. P 1-10.
28. F G Hayden, D L Kaiser, J K Albrecht*.* [Intranasal recombinant alfa-2b interferon treatment of naturally occurring common colds.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC172139/) // Antimicrobial Agents and Chemotherapy. — 1988-2. — Т. 32, вып. 2. — С. 224—230. — [ISSN](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B6%D0%B4%D1%83%D0%BD%D0%B0%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%81%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B9%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D1%80) [0066-4804](https://www.worldcat.org/search?fq=x0:jrnl&q=n2:0066-4804).
29. David O. White, Frank J. Fenner. [Medical Virology](https://books.google.ru/books?id=cbdlDAAAQBAJ&pg=PA310&lpg=PA310) : [[англ.](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B3%D0%BB%D0%B8%D0%B9%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA)]. — Elsevier, 2016. — 664 p. — [ISBN 9781483220574](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BB%D1%83%D0%B6%D0%B5%D0%B1%D0%BD%D0%B0%D1%8F:%D0%98%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%B8_%D0%BA%D0%BD%D0%B8%D0%B3/9781483220574).
30. [Лечение интерфероном](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/91035/WHO_TRS_676_rus.pdf) : Доклад научной группы ВОЗ / Научная группа ВОЗ по лечению интерфероном. Женева, 1–2 мая 1982 г ; Пер. с англ. С. М. Рачкова; отв. за ред. Л. В. Дудова. — Женева : Всемирная Организация Здравоохранения ; М. : Медицина, 1984. — 32 p. — (Серия технических докладов ; № 767).
31. McKenzie Ferguson, Scott Bergman, Cathy Santanello. [Interferons as Therapeutic Agents in Infectious Diseases](https://spark.siue.edu/pharmacy_fac/3) : [[англ.](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B3%D0%BB%D0%B8%D0%B9%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA)] // Pharmacy Faculty Research, Scholarship, and Creative Activity. — 2011. — November
32. 1.8. Other products // [WHO Pharmacological Management of Pandemic Influenza A (H1N1) 2009 Part II](http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_guidelines_pharmaceutical_mngt_part2.pdf) : Review of Evidence : [[англ.](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B3%D0%BB%D0%B8%D0%B9%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA)]. — Revised February 2010. — Geneva : World Health Organisation, 2010. — P. 21. — 61 p.: «There are no published clinical randomized controlled trials or observational studies of current intranasal interferon preparations for the treatment of influenza»
33. Arnaudov G. Medical Terminology (in five languages). Medicina et Physcultura, Bulgaria.- 1964.-1029 c.
34. Butlerow А. Ueber ein neues Methylenderivat // Annalen der Chemie und Pharmacie, 1860, Bd.115, S.322
35. Bardet. Recherches sur l’action therapeutique de quelques derives du formol // Les nouveaux remedes, 1894, 24 Avril, №8.
36. Nicolaier A. Ueber der therapeutische Verwendung des Hexamethylentetramin // Centralblatt fur medicinische Wissenschaften, 1894, №51
37. Ueber die therapeutische Verwendung des Urotropins // Deutsche medicinische Wochenschrift, 1895, №34
38. Ueber die Behandlung der Cystitis mit ammoniakalischer Harngarung durch Urotropin (Hexamethylentetramin) // Der Aerztliche Practiker, 1897, №12;
39. Experimentelles und Klinisches uber Urotropin // Zeitschrift fur klinische Medicin, 1899, Bd.38.
40. Любовский М.И. Уротропин и его терапевтическое значение. Критический обзор литературы за 1894-1900 гг. // Врачебная газета.- 1902.- №31.- 32 c.
41. Крыжановский С.А., Вититнова М.Б. Полный современный справочник лекарственных препаратов: Практическое руководство.- 2-е изд., перераб. И доп.- М.: РИПОЛ классик, 2004 С. 984.
42. Люк Э., Ягер М./ Консерванты в пищевой промышленности: Свойства и применение; Пер. с нем. канд. хим. наук Сарафановой Л. А.; Науч. ред. канд. хим. наук Пульцин М. Н. - Санкт-Петербург : ГИОРД, 1998. - 255 с. : ил., табл.; 25 см.; ISBN 5-901065-03-4
43. [55.rospotrebnadzor.ru](http://www.55.rospotrebnadzor.ru/epidnadzor/-/asset_publisher/Ocf3/content/%D0%BC%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5-%D1%8D%D0%BA%D1%81%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%B0%3A-%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B1%D0%B8%D1%80%D0%B0%D0%B5%D0%BC-%D0%BA%D0%B0%D0%B6%D0%B4%D1%8B%D0%B8-%D0%B0%D1%80%D0%B3%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82-%D0%B0%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%B2%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%B2-%D0%B5%D1%81%D1%82%D1%8C-%D0%BB%D0%B8-%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%81%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C-%D0%B2-%D0%B2%D0%B0%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B8" \l ":~:text=%D0%95%D0%B3%D0%BE%20%D0%B2%D1%81%D0%B5%D0%B3%D0%B4%D0%B0%20%D0%BC%D0%BE%D0%B6%D0%BD%D0%BE%20%D0%BE%D0%B1%D0%BD%D0%B0%D1%80%D1%83%D0%B6%D0%B8%D1%82%D1%8C%20%D0%B2,%D0%B8%20%D1%82%D0%BA%D0%B0%D0%BD%D1%8F%D1%85%20%D0%B1%D1%83%D0%B4%D0%B5%D1%82%20%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%8C%D1%88%D0%B5%20%D1%84%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B9" \t "_blank) [МНЕНИЕ ЭКСПЕРТА: разбираем каждый аргумент...](http://www.55.rospotrebnadzor.ru/epidnadzor/-/asset_publisher/Ocf3/content/%D0%BC%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5-%D1%8D%D0%BA%D1%81%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%B0%3A-%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B1%D0%B8%D1%80%D0%B0%D0%B5%D0%BC-%D0%BA%D0%B0%D0%B6%D0%B4%D1%8B%D0%B8-%D0%B0%D1%80%D0%B3%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82-%D0%B0%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%B2%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%B2-%D0%B5%D1%81%D1%82%D1%8C-%D0%BB%D0%B8-%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%81%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C-%D0%B2-%D0%B2%D0%B0%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B8#:~:text=%D0%95%D0%B3%D0%BE%20%D0%B2%D1%81%D0%B5%D0%B3%D0%B4%D0%B0%20%D0%BC%D0%BE%D0%B6%D0%BD%D0%BE%20%D0%BE%D0%B1%D0%BD%D0%B0%D1%80%D1%83%D0%B6%D0%B8%D1%82%D1%8C%20%D0%B2,%D0%B8%20%D1%82%D0%BA%D0%B0%D0%BD%D1%8F%D1%85%20%D0%B1%D1%83%D0%B4%D0%B5%D1%82%20%D0)
44. Guillermo Burgos-Barragan et al. / Nature, 2017
45. KJ Bruemmer, RR Walvoord, TF Brewer, G Burgos-Barragan, N Wit, et el. [Development of a general aza-cope reaction trigger applied to fluorescence imaging of formaldehyde in living cells](javascript:void(0)) Journal of the American Chemical Society 139 (15), 5338-5350