



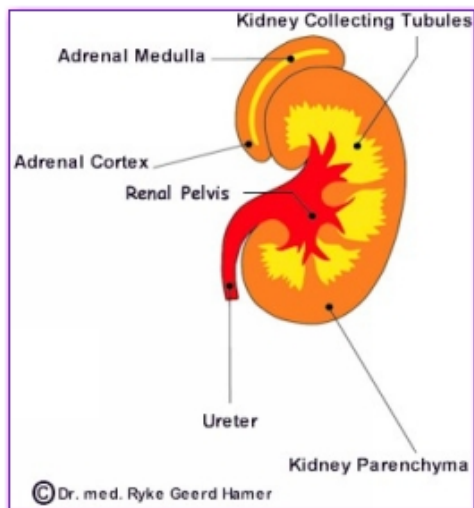
СБС - Смислена Биологична Специална програма

БЪБРЕЦИ

Статия от д-р Р. Г. Хамер

БЪБРЕЦИТЕ

Бъбреците се състоят от три различни типа тъкани, които са се развили по различно време през еволюцията и съответно се контролират от различни области в мозъка.



БЪБРЕЧНИ СЪБИРАТЕЛНИ КАНАЛЧЕТА - БСК

Бъбречните събирателни каналчета (БСК) - най-старата тъкан на бъбреците, се управляват от най-старата част на мозъка – мозъчния ствол. Тъй като бъбречните каналчета са се развили от чревна тъкан, те имат – както и червата – сензорни, секреторни, резорбтивни и моторни функции.

Най-важната функция на бъбречните събирателни каналчета е да събират урината, образувана в паренхима на бъбрека. От каналчетата урината изтича през легенчето, по уретера, към пикочния мехур, откъдето се изхвърля през пикочния канал

Биологичният конфликт, свързан с бъбречните каналчета е:

- **Екзистенциален конфликт** („изгубих всичко“, „провалих се“, „животът ми/прехраната ми са заложили на карта“).
- **Бежански конфликт** (да се чувстваме като „в пустиня“ или като „риба на сухо“; казано с други думи „чувствам се изпратен в пустинята, на чуждо място, „шефът ме изпраща да работя далеч от семейството“).
- **Конфликт на изоставяне** (да се чувстваш изолиран, отхвърлен или крайно самотен).
- **Конфликт на хоспитализация** (страх от хоспитализация; да се чувстваш изолиран от семейството).

Произходът на „екзистенциалния конфликт“ идва от времето, когато нашите еволюционни предшественици все още са живеели в океана и случки като тази да бъдеш случайно „изхвърлен на брега“, са представлявали сериозна животозастрашаваща ситуация. За да се предпазят организмите от изсъхване, клетките на бъбречните каналчета бързо се размножавали с определена **биологична цел** – да се спре отделянето, така че водата да може да се задържи и да **даде възможност на организма да оцелее. Незабавната активация на тази водно** задържаща програма е от съществено значение, защото без вода всички метаболитни процеси спират!

Ние, хората, също както и животните по земята, сме родени с тази древна биологична програма за оцеляване.

Един човек например, може да преживее „екзистенциален конфликт“ ако е неочаквано преместен от службата си на много далечно място. Неподготвеността за „движение“ може да се възприеме като „бежански конфликт“ или като конфликт да се чувстваш „хвърлен в пустиня“. Същото може да бъде преживяно от жена му или от децата му, които се чувстват сами и изолирани от приятелите, които е трябвало да оставят. Като резултат от задържането на вода, цялото семейство ще напълнее.

Конфликтът на изоставяне обикновено се преживява от по-възрастни хора, които са натикани в старчески домове или от малки деца, оставени в детски дом. Пациентите, които се борят с рака, например чрез химиотерапия или операция, често са стресирани, поради „екзистенциален конфликт“ („животът ми е заложен на карта“) или други конфликти от подобен характер.

По време на **активната фаза** се формира компактен **бъбречен тумор** между събирателните каналчета и чашките, предизвиквайки задържане на вода. В зависимост от силата и продължителността на конфликта, човешкото тяло може да задържи 5-10 кг (= 10 литра) вода; ако са засегнати и двата бъбрека – до 20 кг = 20 литра.

Урината съдържа 95% вода и 5% пикочни субстанции. Затова, когато организмът (психика, мозък, орган) е конфликтно активен с един екзистенциален/изоставяне конфликт, задържа не само вода, но и пикочни субстанции, като например креатинин. Колкото е биологично значимо задържането на вода, толкова е и задържането на креатинин. За нашите еволюционни предшественици биологичният конфликт да си „изхвърлен на сушата“ (изхвърлен от познатата водна околна среда) означава също – в допълнение към опасността от изсъхване – че е имало и опасност от гладуване, в частност – да умреш от **протеинов дефицит**.

За тази спешна ситуация Природата е създала още една биологично подкрепяща програма. Нормално креатининът – органично нитро-карбонно съединение и отпадъчен продукт от метаболизма на протеините – се изхвърля чрез урината. Обаче, **в спешните случаи на екзистенциален конфликт, организмът е в състояние да преработи задържаните пикочни субстанции в протеин, за да предотврати умирането от глад!** Казано по друг начин: във време на нужда нашият организъм е способен да се самоснабдява с вода толкова добре, колкото и с протеини, за да преодолее биологичната криза.

Традиционната медицина („Старата медицина“) приема, че **уремия** (повишено количество на азотните продукти в организма) се причинява от „бъбречна недостатъчност“ – неспособност на бъбрека да елиминира отпадъчните продукти от метаболизма на протеините. Освен това се вярва, че „недостатъчността“ и на двата бъбрека може да причини бъбречен недостиг, който - без диализа – може да доведе до смърт. Основавайки се на биологичните закони на „Новата медицина“, става ясно, че уремия не е всъщност „болест“, а по-скоро древна СБС (Смислена Биологична Специална Програма), която има за цел да складира вода и пикочни субстанции, в случай, че те няма да са налични за дълъг период от време.

Трябва да се отбележи, че бъбреците винаги отделят минимум 150-250 мл урина – дори и при „анурия“ (липса на урина; състояние при което количеството на отделената урина е под 150 мл за 24 часа. Свързва се с остро нарушение на бъбречната функция или шок.), т.е. бъбрекът не може всъщност да се „повреди“.

Ако един бъбречен тумор е премахнат хирургически, е налице следващ екзистенциален конфликт (или нов такъв), който пак повлиява съответните БСК-мозъчни програми. Въздействието незабавно инициира формирането на нов бъбречен тумор в другия бъбрек, тъй като оцеляващата програма за задържане на вода, има абсолютно предимство. Традиционната медицина интерпретира растежа на тумор в другия бъбрек като „метастази“, представяйки си, че туморните клетки са „преплували“ от единия бъбрек в другия – съвсем случайно, разбира се!

Олигурия – намалено производство на урина – също считано от традиционната медицина за „бъбречна недостатъчност“, е резултат от поне две активни СБС програми на събирателните каналчета, включвайки и двата бъбрека и следователно и двата контролни центъра на събирателните каналчета в мозъчния ствол (за десния и за левия бъбрек). В Германската нова медицина наричаме това „Шизофренична Констелация“ (констелация – положение на нещата).

Обикновено, пациенти с **Констелация на бъбречните събирателни каналчета** са дезориентирани и буквално и/или преносно „изгубени“. Това обаче, също има своя биологичен смисъл, защото дезориентацията позволява на човек да се чувства „като риба на сухо“ и да бъде вдигнат от следващата вълна и занесен обратно в познатата (водна) околна среда.

По време на **лечебната фаза** бъбречният тумор се разрушава с помощта на туберкулозна бактерия, при положение, че тя е в наличност в момента на екзистенциалния конфликт. Това означава, че **туберкулозата на бъбрека** е естествен процес на разграждане на тумор в бъбречните събирателни каналчета. Традиционната медицина не знае, че този вид рак всъщност се образува в БСК.

До сега смятахме, че всички тумори трябва да се премахват хирургически или да се отровят с Химиотерапия. Но чрез туберкулозата майката Природа е създала един хирургичен *modus operandi* (оперативен метод), който е много по-ефективен от всяка процедура, която бихме могли да направим.

Трябва да имаме предвид тук, че всяко повтаряне на екзистенциален/изоставяне конфликт прекъсва лечебния процес, причинявайки хронично състояние. В резултат на това

бъбречните каналчета стават все по-малки и по-малки и след време е налице загуба на тъкан – клинична картина, позната като „**Нефротичен Синдром**”.

Типични симптоми на туберкулозната лечебна фаза са **нощните изпотявания**, както и **албуминурия** (състояние, при което се установяват по-високи стойности от нормалните на албумин. Свързва се с нарушения на пропускливостта на бъбречния гломерул, при което в урината се появяват съставки на кръвната плазма и се губят в организма). Ако по някаква причина пациентът не е в състояние да възстанови загубата на протеини чрез протеинова диета или добавки, протеиновият дефицит (хипопротеинемия) трябва да се коригира чрез вливания на албумин, докато лечебната фаза завърши. Това правило е в сила за всички тумори, управлявани от стария мозък (мозъчния ствол и малкия мозък), като рак на белия дроб, рак на черния дроб, рак на дебелото черво, рак на млечната жлеза и др.

Един информиран пациент понася и приема нощните изпотявания много по-добре от неинформирания. Последният често изпада в паника, особено когато изпотяването стане прекомерно. Нощните изпотявания са винаги позитивен знак за това, че туберкулозната бактерия е в процес на премахване на тумора, който вече не е нужен. В края на лечебната фаза нощните изпотявания и албуминурията спират. Ако бактерията не е налична, туморът се капсулова и остава на място!

Важно е да се спомене, че стойностите на пикочните субстанции се нормализират с разрешаването на екзистенциален/изоставяне конфликт. Всъщност, водата, която е била задържана по време на активната фаза започва да се освобождава, колкото по-скоро се разреши конфликта. В зависимост от степента на задържане на водата, (която е пропорционална на интензитета на конфликтната активност), тази „уринарна фаза” може да бъде и прекомерна.

„СИНДРОМ” на БЪБРЕЧНИТЕ СЪБИРАТЕЛНИ КАНАЛЧЕТА

Това, което в Германската нова медицина наричаме „Синдром”, е комбинация от ДВЕ Смесени Биологични Специални Програми (СБС). „Синдромът” включва:

- 1. Бъбречна СБС**, например екзистенциален конфликт със задържане на вода в **активна фаза**.
- 2. Някаква друга СБС**, която е в **лечебна фаза**.

Когато организмът задържа вода, поради активен екзистенциален конфликт, водата се събира в отоци около органите и тъканите, които се лекуват по същото това време. Водното задържане увеличава подутините, колкото размера на такива тумори като интрадукталния рак на гърдата, рака на маточната шийка, рака на яйчника, на тестисите, на бронхите, лимфома и т.н. поради задържането на водата, бъбречните кисти, кистите на яйчника, на тестисите или на далака могат да нараснат значително и дори да се спукат.

От това следва, че не само продължителността и интензитета на предишния конфликт са, които определят степента на подуване на лекувания орган, но и „Синдромът” със задържане на вода по време на активната фаза.

„Синдромът е във висша степен клинично значим, защото при него:

- няма плеврална ефузия без Синдром
- няма хепатомегалия без Синдром
- няма асцит без Синдром
- няма подагра без Синдром
- няма голям мозъчен оток без Синдром

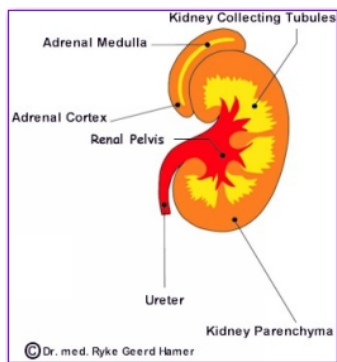
Обикновено, секретията на физиологични течности от плеврата (по време на лечебната фаза на буквална или фигуративна „атака срещу гърдите”) естествено се абсорбират от плевралната мембрана. Обаче, едновременно със задържането на вода („Синдром”), **плевралната ефузия** (излизане на течност от серозната ципа, обвиваща белия дроб; плеврален излив) може да причини сериозни усложнения със затруднения при дишане и необходимост от дренаж на течностите (но, една пункция на плеврата би могла да отключи нов „конфликт на атака!”). Същият принцип е в сила и при **асцит** – наличие на свободна течност в коремната кухина, т.нар. „воднянка”, в лечебната фаза на „атака срещу корема”.

Със „Синдрома” (задържане на вода по време на активната фаза), един малък „териториален гневен конфликт” с хепатит в лечебната фаза, може съвсем внезапно да се обърне в остра **хепатомегалия** (уголемен черен дроб), която пациентът може и да не е в състояние да преживее, особено ако има продължителни повторения на конфликта.

Подагра е заболяване, което се проявява с остри ставни кризи и е резултат от отлагане на кристали мононатриев урат в околоставните меки тъкани и др. Предшества се от повишение на пикочната киселина в кръвта. Това повишение е причината да се вярва, че вегетарианската диета би могла да облекчи болката. Според Германската нова медицина, подагра е лечебната фаза на костна Смеслена Биологична Специална Програма (конфликт на самообезценяване), включващ и „Синдром”.

Мозъчният оток, който винаги се появява по време на първата част от лечебната фаза успоредно с лечението на съответния орган, също събира повече вода, когато тя се задържа. Това може да е сериозно и дори фатално, с медицински усложнения, най-вече по време на епилептоидната криза (сърдечна атака, удар, ...).

ПАРЕНХИМ НА БЪБРЕЦИТЕ



Паренхимът на бъбреците се е развил във време, когато нашите еволюционни предшественици са се придвижили вече към сушата, а водата сама по себе си е станала потенциална заплаха, например чрез наводнения. Докато бъбречните събирателни каналчета (ендодермална тъкан, управлявана от мозъчния ствол) са свързани с биологичния конфликт *загуба* на вода, то конфликтът, свързан с паренхима (мезодермална тъкан, управлявана от средния мозък) е неочаквано бедствие, касаещо вода или течност – в Германската медицина известно като **воден конфликт или конфликт с течност**.

Както е с всички органи, управлявани от главния мозък (церебрума), загубата на тъкан се появява по време на **активната фаза**. Некрозите на бъбрека винаги причиняват високо кръвно налягане. И това е защото: след като сме се „преместили на сушата”, така да се каже, отделянето на урина вече не се е регулирало от червата, а се е свързало с кръвната циркулация и със способността на бъбреците да филтрират кръвта и да образуват урина.

В случай на загуба на бъбречна тъкан, поради воден конфликт, кръвното налягане автоматично се повишава, за да се увери, че бъбрекът може да продължи функциите си, въпреки некрозата. Следователно, **биологичната цел на хипертензията** е да компенсира загубата на тъкан (кухини, дупки) в бъбрека, за да се увери, че достатъчно урина и пикочни субстанции са се отделили. Естествено, кръвното налягане остава високо, докато водният конфликт е активен. Интензивен воден конфликт води до високо кръвно налягане!

Основавайки се на проучванията ми, множество случаи на хипертензия (повишено кръвно налягане) са свързани с бъбречния паренхим и воден или свързан с течност конфликт. Воден конфликт може да бъде получен от преживяване на полуудавяне, но също и чрез неочаквано „наводнение” вкъщи, причинено от спукана тръба или течащ покрив, или други подобни ситуации. Обикновено, за кратко време „проблемът” отминава и конфликтът се решава от само себе си.

Състоянията, определени като „променлива хипертензия” или „хронична хипертензия” не са всъщност от различно естество, а по-скоро показват, че водният конфликт е или постоянно активен („хроничен”), или е разрешаван отново и отново („променлив”).

Един **цирозен бъбрек** е резултат от активен конфликт, който продължава доста дълго време.

Лечебна фаза: с разрешаването на водния конфликт, се образува киста, пълна с течност, на мястото на некрозата. Във вътрешността на кистата клетките бързо се размножават, за да запълнят липсващата тъкан от загубата по време на активната фаза. През периода, когато се развива **кистата**, тя се свързва временно (!) със съседна тъкан, за да се кръвоснабдява. Ако бъде открита на този етап от лекарите, грешно се интерпретира като злокачествен **„инвазивен бъбречен тумор”**, който започва да се третира с обичайните псевдо-терапии, вместо да се изчака спокойно, докато кистата се втвърди. Защото в рамките на девет месеца,

при положение, че няма връщане на конфликта, течността, изпълваща кистата става твърда и участва във всички бъбречни функции, включително и в образуването на урина.

Това е и точната **биологична цел** на тази Специална Биологична Програма.

Допълнителната бъбречна тъкан, осигурена от кистата (която вече има и собствено кръвоснабдяване), поставя индивида в една по-добра позиция в случай на друг воден конфликт. В традиционната медицина една такава киста се определя като злокачествен **„нефробластом“** (рак на бъбрека) или **„тумор на Вилмс“**.

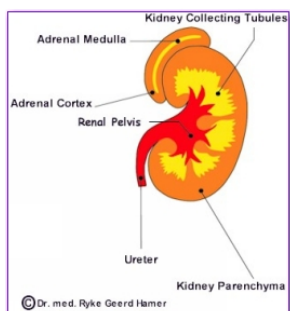
В края на лечебната фаза кръвното налягане се нормализира!

Обикновено, една киста може да се спука, ако едематозното налягане е много силно. Това може да се получи от например, наличието едновременно на активен екзистенциален конфликт със задържане на вода („Синдром“), често ускорен от бъбречен тумор, диагностицирал се сам!

В основни линии, размерът на кистата е пропорционален на силата и продължителността на водния конфликт. Ако кистата стане твърде голяма и пречи механично, би могла да се премахне хирургично – но само след като е напълно втвърдена и без да се премахва целия бъбрек!

Друг симптом, показващ излекуване и който би могъл да се появи по време на възстановителната фаза на бъбречния паренхим е **„гломерулонефрит“** – възпаление на гломерулите, най-малките кръвни телца в бъбрека.

КОРАТА НА НАДБЪБРЕЧНАТА ЖЛЕЗА



Доколкото е засегната кората на надбъбречната жлеза (управлявана от церебралната медула), това е конфликт на **„поел съм в грешната посока“** или **„извън курса съм“**, което причинява **некроза** по време на **активната фаза**. Поради загубата на тъкан се образува и по-малко кортизол, който изпълнява биологичната цел да спира индивида от грешния път. Наблюдава се т.нар. **„Болест на Адисон“** – първична надбъбречнокорова недостатъчност.

По време на **лечебната фаза**, пълната с течност **киста** се оформя на мястото на некрозата. Във вътрешността на кистата клетките бързо се размножават, за да запълнят тъканната загуба, появила се в активната фаза. В основни линии, протича същият процес, както и при кистата на паренхима. На този етап традиционната медицина определя кистата като злокачествен **„рак на надбъбречната жлеза“**. Факт е, че в края на лечебния процес, **„туморът“** става една твърда киста, съставна част от кората на надбъбречната жлеза. А една голяма киста дава свръх производство на кортизол – състояние, определяно като **„Синдром на Къшинг“**.

БЪБРЕЧНО ЛЕГЕНЧЕ

На по-късен етап от еволюцията бъбречното легенче е било набраздено със слой люспести епителни клетки. Тъй като набраздяването е, говорейки еволюционно, от „най-младата тъкан” (ектодерма), то се управлява от най-младата част на мозъка – мозъчната кора. Съответно, свързаната биологична „спешна ситуация” е също от съвременно естество.

Конфликтът, свързан с легенчето е **конфликт на териториално маркиране**, причинено от неочаквана агресия, посегателство или нарушаване на нашата собственост, територия, имущество и невъзможността да се защитят интимните ни (женски) или външните (мъжки) граници.

По време на **активната фаза** обвивката на легенчето се възпалява. **Биологичната цел** на загубата на тъкан е да се разшири легенчето, за да бъде по-способно да „маркира, да определи територията си”. Започвайки **лечебната фаза**, възпалената област се попълва отново с клетки. Обикновено легенчето се лекува чрез възпаление.

© д-р Рике Герд Хамер

превод : <http://www.gnm-bg.com>

Английски: www.LearningGNM.com