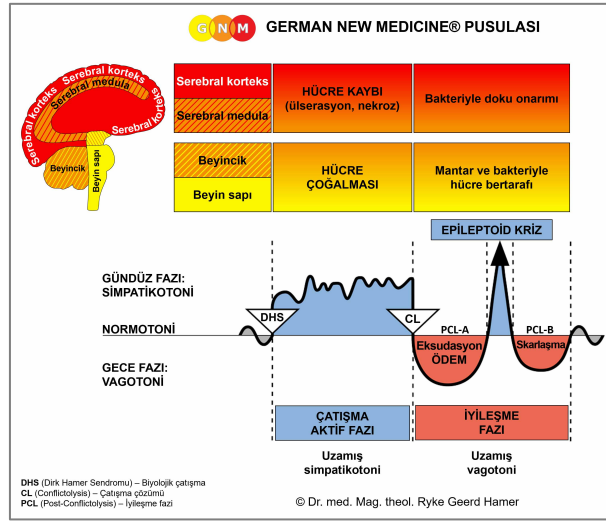




BİYOLOJİK ÖZEL PROGRAMLAR

BÖBREKLER VE MESANE

Yazan: Caroline Markolin, Ph.D.



BÖBREKLER

Böbrek Toplama Kanalları

SENDROM

Adrenal medula

Adrenal korteks

Böbrek parenkimi

Renal pelvis

İdrar yolları

MESANE

Mesane trigonu

Mesane mukozası

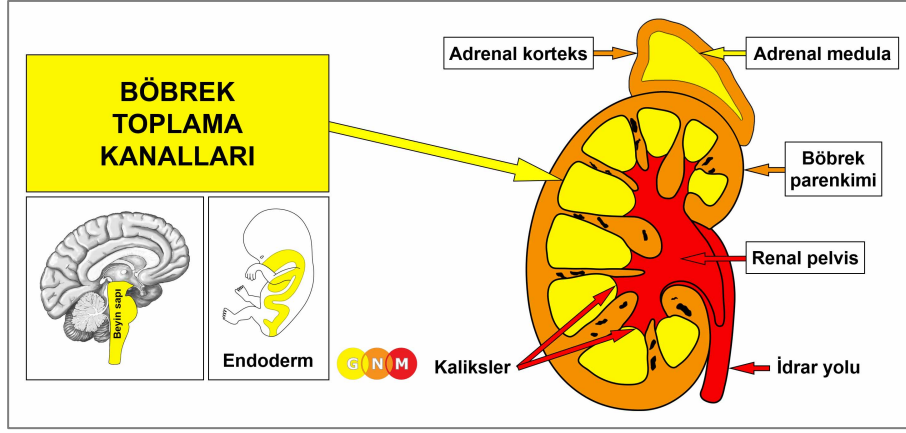
Üretra

Mesane kası

Mesane iç büzgeci

Mesane dış büzgeci

Rev. 1.03



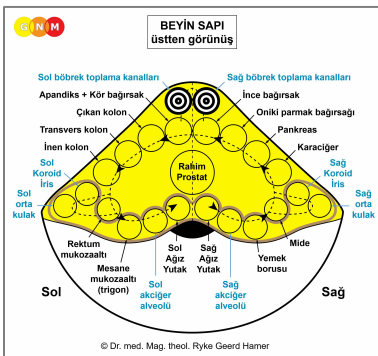
BÖBREK TOPLAMA KANALLARININ GELİŞİMİ VE İŞLEVİ: Böbrekler, alt omurganın her iki yanında ve karnın arkasında (retroperitoneal) yer almaktadır. Böbrek toplama kanallarının işlevi, böbrek parenkiminde üretilen idrarı toplamak ve kadeh şeklinde çok sayıdaki kaliksler vasıtasıyla renal pelvise akıtmaktır. İdrar buradan ileriye doğru idrar yollarına, mesaneye ve boşaltım için üretraya (sidik borusu) geçer. İdrarın çoğu sudan oluşur (yaklaşık %95 kadar). Geri kalan kısmı elektrolitlerden (temel olarak sodyum, potasyum, klorid ve kalsiyum) ve ürik asit, üre ve kreatininden oluşan ürik maddelerden meydana gelir. Böbrekler günde yaklaşık olarak 180 litre kanı süzer. Ancak filtrelenenin %99'u böbrek kanalları tarafından yeniden emilerek kan dolaşımına geri döner ve 1,5-2 lt. kadarlık kısmı ise idrar olarak dışarı atılır.

NOT: Beden sıvılarının yani gözyaşı, kan ve amniyotik sıvının tuz içeriği, deniz suyundaki izotonik tuz yoğunluğu ile aynıdır, yani %0.9. Bu da, organik yaşamın okyanuslarda ortaya çıktığını açıkça göstermektedir.

“Her kadının rahmi bir mikro-okyanustur. Sıvısının tuzluluğu, dünyanın en eski çağlara özgü sularına benzer. Her mikrokozmos; tek hücreli protozoadan başlayıp solungaç solunması ve amfibiler boyunca memeli evrimine kadar her bir embriyonun, gebelik dönemindeki yaşamın kökeni dramasını yeniden canlandırır.” (Elisabeth Mann Borgese, *The Drama of the Oceans*)

Evrimsel anlamda sağ böbrek toplama kanalları böbreklerin en eski dokusudur. Bağırsak hücrelerinin “besin lokmasını” sindirdiklerine benzer şekilde, böbrek kanallarının biyolojik işlevi “su lokmasını” “emmek/tutmak” (emici nitelik) ve “sindirmektir” (salgılayıcı nitelik). Böbrek toplama kanalları bağırsak silindirik epitelinden oluşur, endodermden doğar ve beyin sapından kontrol edilir.

NOT: Orijinal olarak böbrekler tek bir organ olup, sonradan iki ayrı böbreğe bölünmüştür.



BEYİN DÜZEYİ: Böbrek toplama kanallarının, **beyin sapındaki** sindirim kanalı organlarının rollerine çok yakın komşulukta konumlanmış iki tane kontrol merkezi bulunmaktadır.

Orijinalinde üre döngüsünden sorumlu (amonyağı üreye çevirme) sağ böbreğin toplama kanalları, beyin sapının sağ tarafından kontrol edilirdi. Orijinalinde suyu işlemekten geçiren sol böbreğin toplama kanalları ise sol beyin sapı yarı küresinden kontrol edilirdi. Günümüzde, her iki böbrek te aynı işlevi paylaşmaktadır (ayrıca bkz. akciğerlerin gelişimi).

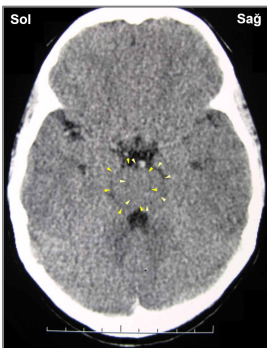
BIYOLOJİK ÇATIŞMA: Böbrek toplama kanallarıyla ilişkili biyolojik çatışma, yaşamın yalnızca okyanuslarda var olduğu ve su ortamından dışarıya atılmanın hayati tehlike yarattığı zamanlardan kaynaklanır. Böylesi bir sıkıntı insan hayatını da ilgilendirir çünkü su, yaşayan tüm organizmaların ilksel yuvasıdır. Biz insanlar bu “**sudan çıkmış balığa dönme**” çatışmasını, beklenmedik şekilde aşına olduğumuz çevreden “dışarıya süpürüldüğümüzde” veya “sürümüzü” kaybettiğimizde yaşarız. GNM’de böbrek toplama kanallarının çatışmasını **terkedilme çatışması, var oluş çatışması** veya **mülteci çatışması** olarak adlandırırız.

Terkedilme çatışmaları sürgün edilmiş, dışlanmış, istenmeyen, reddedilmiş, anlaşılmamış, görmezden gelinmiş, bırakılmış, izole edilmiş ve yalnız kalmış hissetmekle ortaya çıkar. Çocuklar bu çatışmayı kreşe verildiklerinde, sevilmediklerini hissettiklerinde veya bir grubun dışına itildiklerinde (evde, oyun parkında, yuvada, okulda), ebeveynleri onlarla yeterince zaman geçirmediklerinde, daha fazla ilgi gören bir kardeş doğduğunda, büyük ebeveynlerden biri öldüğünde veya bir aile üyesi evi terkettiğinde yaşarlar. Bu onların tümüyle yalnız hissetmelerine yol açan bir güvenlik kaybı veya duygusal bir barınak kaybıdır. Aynı evlerinden ve ailelerinden uzakta bakım evlerinde yaşayan yaşlılar için de söylenebilir. Yeni doğanlar da aynı şekilde kırılabilirler. Bu yüzden doğumda şu veya bu sebeple anneden uzaklaştırılma, şiddetli bir terkedilme çatışmasına yol açabilir. Evcil hayvanlar da, geride bırakıldıklarında fazlasıyla acı çekerler.

Varoluş çatışması, birinin hayatının tıpkı sudan çıkmış bir balık gibi ölüm tehlikesi altında olması korkusudur. Bu korku genellikle “**hayatım tehlikede**” ile ilişkilendirilen bir kanser teşhisi veya olumsuz bir öngörü ile tetiklenir (akciğerlerle bağıntılı ölüm korkusu çatışması ile karşılaştırınız). Acil serviste beklemek, ambulansa olmak ve **hastaneye yatmak** da (devam eden kemoterapi tedavileri, ameliyat, iyi bakılmadığını hissetmek, doktor-hemşire ve yakınlarının desteğinin eksikliğini hissetmek) ayrıca varoluş ve terkedilme çatışmasını harekete geçirir. Hastaneye gitmek zorunda kalmaktan korkmak bile çatışmayı etkin hale getirebilmektedir. Varoluş çatışması ayrıca birinin geçimiyle de bağıntılıdır. Çatışmanın ardında yatan his, “**herşeyi kaybettim**” dir. Bu bir işyeri kaybı, finansal kayıplar, bir evin kaybı veya ekonomik ya da duygusal anlamda emniyeti sağlayan bir kişinin kaybı olabilir.

Mülteci çatışması örneğin beklenmedik bir nakil veya taşınmaya (komşuların değişmesi, okul değiştirme) veya birinin evinden ya da memleketinden kaçmaya zorlanmasına bağlı olarak “çöle atılmış gibi”, köklerinden sökülmüş ya da “sürgünde” gibi hissetme olarak yaşanır. Aıştığı verden veya sevilen birinden uzağa gitmek de çatışmaya sebep olabilir. Özellikle uçakla seyahat edenler, mülteci çatışmasına yatkındırlar. Benzer şekilde, uçakta kendini rahatsız hissetmek (uçma korkusu) varoluş çatışmasını da tetikleyebilir.

ÇATIŞMA AKTİF FAZİ: DHS ile başlayarak, çatışma aktif fazında böbrek kanallarındaki hücreler, çatışmanın şiddetiyle orantılı olarak çoğalmaya başlar. **Hücre artışının biyolojik amacı**, organizmanın sağ kalabilme şansını artırmak üzere suyu tutmak için boşaltım filtresini kapatmaktır. Doğuştan gelen bu su tutma programı yaşamsaldır çünkü susuz, bütün metabolik süreçler işlev görmeyi durdurur. **NOT:** Çatışmaların sağ veya sol böbreği mi etkileyeceği, rastlantısalıdır.



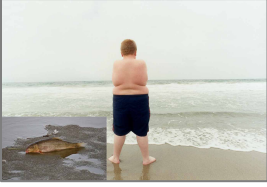
Bir beyin taramasında böbrek kanalları röleleri ([bkz. GNM diyagramı](#)), pek çok katmanda görünür haldedir.

Bu görselde, sol taraftaki beyin sapı yarıküresindeki Hamer Odağı, sağ taraftakine göre biraz daha hafif bir çatışma etkisini göstermektedir. Keskin halka yapıları, organ düzeyinde her iki böbreği de etkileyen çatışmaların aktif olduğuna işaret etmektedir. GNM’de bunu, terkedilme ve varoluş çatışmalarıyla bağlantılı olan, örneğin Alzheimer hastalığındaki zihinsel oryantasyon bozukluğu ve kafa karışıklığı şeklinde kendini ortaya koyan [Böbrek Toplama Kanalları Dizilimi](#) olarak adlandırmaktayız!

Çatışma-aktif fazı belirtileri:

- Su tutulumu
- Yüksek ürik asit düzeyi
- Yüksek üre ve kreatinin düzeyi
- Azalan idrar çıkışı

SU TUTULUMUNUN derecesi, çatışmanın şiddeti tarafından belirlenir. Su tutulumunun tipik işaretleri torba gibi şiş gözler, şişmiş eller, şişmiş ayaklar ve bilekler (ayrıca bkz. periferal ödem) ve **kilo alımıdır** (tutulan 1 lt su, yaklaşık 1 kg veya 2.2 pound gelir). İnatçı bir terkedilme veya varoluş çatışmasıyla, kişi düzenli egzersizlere, normal beslenmeye ve hatta oruç tutmaya rağmen çok fazla kilo (100 kg ve fazlası) alabilir. Tutulan su öncelikle yağ dokusunda, en çok da karın bölgesinde (bkz. asit-karın suyu) depolanır. Bu durumda obezite, vücutta aşırı yağ birikiminden değil, uzun süren çatışma etkinliği yüzünden aşırı su toplanması nedeniyle oluşur (hipoglisemiye bağlı obezite ile karşılaştırınız).



... “sudan çıkmış balık gibi” hissetmek.

German New Medicine, Batı dünyasındaki sosyal değişimleri (geleneksel aile yapılarının çözülmesi, artan boşanma oranları, kreşe verilen çocuklar, bakımevlerindeki yaşlılar) ve alarm veren ekonomik gelişimleri (artan işsizlik, gençler için umut vaad etmeyen gelecek, büyüyen borçlar) dikkate alarak, çocuklar dahil olmak üzere aşırı kilolu insanların artan sayısına tümüyle yeni bir anlayış getirmektedir. Günümüzde, su tutulumunun (kilo alımı) faydalı olup olmadığına dair düşüncelerimizin konuyla ilgisi yoktur. Önemli olan şey, bu Biyolojik Özel Programın kendisinin, biyolojik olarak anlamlı olduğunu milyonlarca yıl boyunca kanıtlamış olmasıdır.

Kreşe (gündüz bakımı) Aşırı Kilolu Olmanın İlişkisi

“Montreal Üniversitesi ve CHU Sainte-Justine Hastanesi Araştırma Merkezinden araştırmacıların çalışmasına göre; düzenli olarak kreşe giden küçük yaştaki çocukların, evde ebeveynleriyle kalan çocuklarla karşılaştırıldığında aşırı kilolu olma ihtimalleri %50 daha fazladır” (*Science Daily*, 16 Kasım, 2012)

NOT: Çatışma aktif fazı sırasında yeterli günlük idrar çıkışı olmadıkça, **sıvı alımının** azaltılması önerilir (iyileşme fazında ve SENDROM’da sıvı alımı ile karşılaştırınız). Ancak aşırı az miktarda sıvı alımı da su tutulumunu (ve kilo alımı) artırır çünkü bir çatışma olmasa bile organizma beden su dengesini sürdürmek için sıvıyı tutar. Bu durum aynı zamanda beslenmedeki protein yetersizliğinde de bu şekilde gerçekleşir.

Çatışma aktif fazında organizma sadece suyu değil, ürik asit, üre ve kreatinin gibi ürik maddeleri de tutar. Bu yüzden bu maddelerin düzeyleri, çatışma etkinliğinin derecesine ve etkilenen böbrek kanallarının sayısı ile orantılı olarak artar (böbrek parenkimiyle bağıntılı ürik asit, üre ve kreatinin düzeylerindeki artışla karşılaştırınız). **YÜKSELMİŞ ÜRİK ASİT DÜZEYİ**’nin proteinden zengin beslenmeyle ilişkili olduğuna dair (bkz. gut) standart teori inandırıcı değildir çünkü vejeteryanlar da yine yüksek ürik asit düzeylerine sahip olabilmektedirler.

Üre ve kreatinin, protein metabolizmasının atık ürünleridir ve normalde idrarla birlikte dışarı atılır. Ancak varoluş çatışmasına dair ciddi bir olayda, organizma bünyede tuttuğu maddeleri yeniden proteine çevirerek organizmaya besin desteği sağlar. Neden? Çünkü biyolojik anlamda su ortamından dışarıya atılmış olmanın çatışması, kuruyup kalma tehlikesine çok yakın olma ve ayrıca özellikle protein yetersizliğinden ölüm şeklinde bir açlıktan ölme tehdidi anlamına gelir. Bu acil durum için Doğa bir başka sağ kalma programı yaratmıştır. Üre ve kreatinin gibi toksinleri, organizmanın kriz durumunu aşabilmesi için besine çevirerek ona yardımcı olmak. **YÜKSELMIŞ ÜRİK ASİT VE KREATİNİN DÜZEYİ** dolayısıyla geleneksel tıbbın iddia ettiği gibi bir hastalık (“**üremi**”) veya bozukluk (“**böbrek yetmezliği**”) değildir ve biyolojik bir amaca hizmet eder. Suyu ilave olarak üre ve kreatinin tutulması, uzun bir dönem için su ve proteinin mevcut olmama durumuna karşılık doğuştan gelen bir tepkidir.

Su ve idrarın tutulumu, **AZALAN İDRAR ÇIKIŞI** ile sonuçlanır. Bu nedenle çatışma aktif fazında **idrar yoğun ve koyu sarıdır**. Suyun bağırsaklar tarafından da emilmesi sonucu, dışkı kuru ve serttir. Daha fazla böbrek kanalının etkilenmesi halinde idrar çıkışı sert bir şekilde azalır ve **oliguri** (günde 150-400 ml. idrar çıkışı) veya **anuriye** (günde 50 ml. den az) yol açar.

NOT: Dr. Hamer’a göre, günlük 150-200 ml. (oliguri, neredeyse anuri) idrar boşaltımı ile organizma hala yeterli miktarda ürik maddeyi dışarı atabilir. 12 mg/dL üzerindeki bir kreatinin seviyesi, her iki böbreğin kanallarının etkilendiğini göstermektedir. Bu durumda, diyaliz gerekli olur.

Uzamış çatışma etkinliği ile böbrek toplama kanallarında yassı (emici tip) ya da karnıbahar görünümlü (salgılayıcı tip) bir kitle gelişir. Geleneksel tıpta buna **böbrek kanseri** veya “**renal hücre karsinomu**” teşhisi konur (böbrek parenkimi ile bağıntılı “böbrek kanseri” ile karşılaştırınız). Eğer hücre bölünmesi belirli bir sınırı aşarsa, kanserin “kötü huylu” olduğu düşünülür.

ÇATIŞMA ÇÖZÜMÜ: Çatışmanın çözümüyle birlikte (**CL**) **tutulan su**, etkilenmemiş olan **kaliksler** vasıtasıyla **derhal serbest bırakılır**. Standart tıp bu bol bol idrara çıkma halini (**poliüri**) “anormal” ve “hastalıklı” olarak görür. GNM bilgisi ile, bu **İDRAR FAZINI** büyük bir rahatlama ile karşılarız (ayrıca bkz. her Epileptoid Kriz sonrası yaşanan idrar fazı).

İYİLEŞME FAZI: Çatışma çözümünü takiben mantar veya TB bakterisi gibi bakteriler, artık ihtiyaç duyulmayan hücreleri ortadan kaldırır. **İyileşme belirtileri** çözünme süreci boyunca üretilen akıntının idrar sistemi yoluyla dışarıya atılması nedeniyle **bulanık idrar** (akıntı kan da içerebilir), şişkinliğe bağlı **ağrı** ve **gece terlemeleridir**. Yangıyla birlikteyse durum “**nefrit**” olarak adlandırılır (böbrek parenkimi ile bağıntılı glomerulonefrit ile karşılaştırınız). **Renal kandidiyaz**, iyileşmeye mantarın yardımcı olduğunu ortaya koyar.

Eğer TB bakterisi mevcutsa bu, “**bakteriyel böbrek enfeksiyonu**” veya **böbrek tüberkülozuna** sebep olur (renal pelvisle bağıntılı “böbrek enfeksiyonu” ile karşılaştırınız, ayrıca bkz. E.koli bakterisi (koli basili) içeren “bakteriyel böbrek enfeksiyonu”). Tüberküloz sonrası özellikle iyileşme fazı uzun zaman sürmüştse, etkilenmiş olan kaliksler, bir röntgende keskin kenarlı olmak yerine dolgun tombul görünür. Doktorların “**nefrotik sendrom**” teşhisi koymalarının sebebi bu röntgen görüntüsüdür (ayrıca bkz. akciğer tüberkülozunun akciğer kanseri, karaciğer tüberkülozunun karaciğer kanseri olarak yeniden adlandırılması).

Tüberküler salgı, proteinden yana zengindir. Dolayısıyla ilave olmuş olan hücreler parçalanıp dağıtılırken, idrar yoluyla berteraf edilen protein normalden daha fazladır. Klinik olarak bu duruma **proteinüri** veya **albuminüri** denir (geleneksel tıpta hamilelik sırasında idrardaki protein bir “gebelik rahatsızlığı” olarak değerlendirilir ve pre-eklampsi olarak adlandırılır). Ancak kandaki protein birikimi düşüktür (**hipoproteinemi**) çünkü protein eksikliği durumunda, organizma protein kaybını dengelemek için kandaki proteini kullanır. Eğer protein eksikliğini düzeltmede proteinden zengin beslenme veya takviyeler yetersiz kalırsa, geçici olarak albumin infüzyonu uygulanması çok önemlidir. İyileşme fazının sonunda üre ve kreatinin yanısıra protein düzeyi değerleri de normale geri döner.

NOT: Sıvı alımıyla ilgili olarak iyileşme fazında yeteri miktarda su içilmesi, hücre parçalanmasından arta kalanların bertaraf edilmesini desteklemek açısından önemlidir (çatışma aktif fazında ve SENDROM’la ilgili sıvı alımıyla karşılaştırınız).



Kronik tüberkülozla (askıda kalmış iyileşme), giderek daha fazla böbrek dokusu, geriye dönülmez şekilde kaybolur. Sonuç: **böbrek sirozu** (bkz. resimde sol böbrek) ve yeterli miktarda idrar boşaltamamak (yetersiz idrar üretimi nedeni ile böbrek parenkimine ilişkin böbrek sirozu ile karşılaştırınız). Eğer iyileşme zamanında tamamlanamazsa, bu durum sonunda **“tübüler böbrek yetersizliği”** (“glomerüler böbrek yetersizliği” ile karşılaştırınız) ve nihayetinde **“böbrek yetmezliği”**ne yol açar. Her iki böbreğin yetmezliğinde, diyaliz kaçınılmazdır. **NOT: Üremi, böbrek yetmezliğine neden olmaz!**

GNM, hastaneye yatan hastalarda ve özellikle **yoğun bakım ünitelerinde** en sık rastlanan komplikasyonun **akut böbrek yetmezliği** olmasının nedenine bir açıklama getirmektedir (bkz. varoluş çatışması).

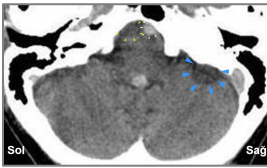
“Geçtiğimiz otuz yıl boyunca yoğun bakım ünitelerindeki akut böbrek yetmezliğiyle ilişkili ölüm oranları, böbrek replasman teknolojilerindeki gelişmelere rağmen %50’den fazladır”.
(*Journal of the American Society of Nephrology*, 2011)

Terkedilme çatışmalarının bir sonucu olarak böbrek yetmezliği, evcil hayvanların da ölüm sebeplerinin başında gelmektedir.

Yeni bir böbrek kanalı çatışması olduğunda, sirozlu böbrek suyu artık tutma yeteneğini kaybeder. Sonuç olarak, çok miktarda seyreltilmiş idrar dışarı atılır. Bu duruma **yalancı diyabet** (diabetes insipidus) denir. Yalancı diyabetin “hormonal kusura” bağlı olduğu teorisi tamamen bir varsayımdır.

Etkilenen böbrek ameliyatla alındığında, yeni veya yeniden faaliyete geçen bir terkedilme veya varoluş çatışması diğer böbreği etkiler çünkü su tutma programı en yüksek önceliğe sahiptir. Bu durum, geleneksel tıpta “metastatik kanser” olarak yorumlanan yeni bir böbrek tümörü gelişimini harekete geçirir.

NOT: Nakil edilmiş böbrek beyin tarafından kontrol edilmez. İşlevleri yapay şekilde sürdürülür.



Bu beyin tomografisinde, her iki böbrek toplama kanalları rölelerini (bkz. **GNM diyagramı**) etkileyen iki bağımsız terkedilme ve varoluş çatışmasından sonraki etkiyi görüyoruz. Sol taraftaki (düşük yoğunluklu, koyu renkli görünen) ödem (sıvı birikimi); **iyileşme Fazı-A** aşamasını, yine sol böbrekte; sağ taraftaki nöroglıyanın varlığı (yüksek yoğunluklu, beyaz renkli görünen) sağ böbrek kanallarının mevcut durumda **PCL-B** aşamasında olduğunu ortaya koymaktadır. Geleneksel tıpta, gliya birikimi hatalı bir şekilde “beyin tümörü” olarak yorumlanmaktadır.

Mavi oklar, beyin sapının sağ tarafındaki koroidin kontrol merkezinde bir ödeme işaret etmektedir. Bu durum, kişinin terkedilme çatışmasıyla aynı anda yaşadığı bir “görsel lokma çatışmasında” (sevilen birisini görememe) iyileşme fazının ilk aşamasında (**PCL-A**) olduğunu anlatır.

Aşırı antibiyotik kullanımı nedeniyle **çatışma çözümü halinde ihtiyaç duyulan mikroplar ortamda bulunmuyorsa**, ilave olan hücreler yerinde kalır. Sonunda kitle sarmalanmış hale (enkapsüle) gelir. Böbrekteki bu durum, renal pelvise açılışın tıkanmasına sebep olabilir. O zaman ameliyat düşünülmesi zorunludur.

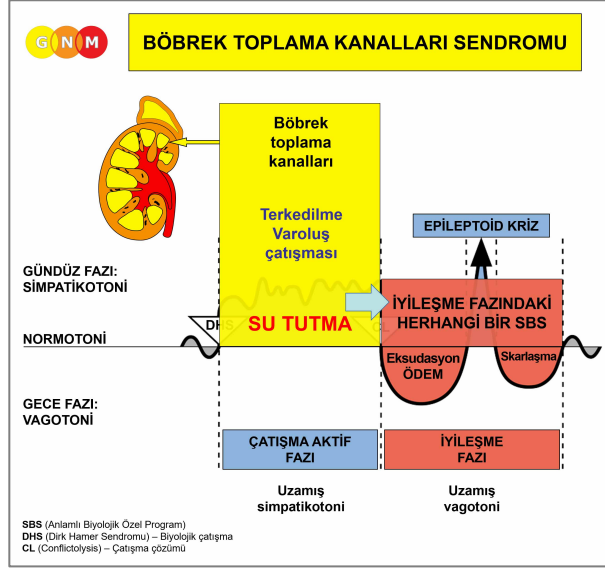
BÖBREK TAŞLARI (Kalsiyum Oksalat Taşlar)

Sürekli çatışma nöksleri ile böbrek toplama kanallarında biriken tuz ve mineral artıklarıyla, sonunda böbrek taşları oluşur. Epileptoid Kriz sırasında, özellikle de bir taş üriner sistemi tıkadığında spazmlar (**böbrek koliği**) ve ani sancı ile salınır (ayrıca bkz. renal pelvisle bağıntılı böbrek koliği).



Kanallardaki böbrek taşları, koyu ya da beyaz renkli kalsiyum oksalat taşlarıdır (renal pelvisteki yeşil ya da sarımsı ürik asit taşlarıyla karşılaştırınız).

BÖBREK TOPLAMA KANALLARI SENDROMU



Böbrek toplama kanalları sendromu, kısaca **SENDROM**, şunları kapsar:

- Aktif bir terkedilme veya varoluş çatışması nedeniyle su tutulumu
- İyileşme fazındaki **HERHANGİ** bir Biyolojik Özel Program

Organizma suyu tuttuğunda, sıvı fazlası hem iyileşen organda hem de ilişkili beyin rölisinde depolanır. Bu nedenle, iyileşme fazının ilk aşamasında (**PCL-A**) (eksüdatif faz) gelişen ödemin boyutu; sadece çatışmanın şiddeti ve sonrasında yaşanan çatışma aktif fazının yoğunluğu tarafından değil, ayrıca aktif bir terkedilme veya varoluş çatışmasına bağlı olarak tutulan suyun düzeyi tarafından da belirlenecektir. Su tutulumunun iyileşme fazındaki geniş şişkinliklerden sorumlu olup olmadığı, idrar çıkışının ölçülmesi ve üre ve kreatinin düzeylerinin değerlendirilmesi ile kolayca belirlenebilir. GNM'in pratikte uygulanmasında, bir beyin tomografisi analizi, durumu belirleyebilmek için paha biçilmez bir araçtır.



Bu beyin tomografisi, sol böbreğin böbrek toplama kanallarını kontrol eden beyin rölisindeki Hamer Odağını göstermektedir (**bkz. GNM diyagramı**). Keskin halka oluşumu, çatışma etkinliğine, dolayısıyla su tutulumuna işaret etmekte.

NOT: SENDROMLA birlikte, otonomik sinir sistemi aynı anda hem simpatikotoni hem de vagotonidedir. Bu yüzden iyileşme için yaşamsal olan ekstra uyku (yorgunluk) ve iyi bir iştah, stresin çatışması etkinken, iştah azalması ve uyuma zorlukları tarafından kesintiye uğratılır. Sonuç: sinir bozukluğu, kilo kaybı ve enerji kaybıdır.

SENDROM, özellikle Epileptoid Kriz sırasında hem organ düzeyinde hem de beyin düzeyinde çok ciddi komplikasyonlar yaratabilir.

ORGAN DÜZEYİNDE SENDROMUN Sonuçları:

- Genişleyen şişkinlik nedeniyle ve morfin gibi güçlü ağrı kesicilerin kullanılmasına yol açan **artan ağrılar**,
- Örneğin kalın bağırsakta veya safra kanalında ameliyat veya hastaneye yatışı gerektirecek şekilde **zararsız şişkinlikler** tıkanmalara sebep olarak **karmaşık durumlara dönüşebilir**. Bu da, etkilenen organda sıklıkla daha da fazla sıvı birikimiyle sonuçlanabilecek ilave varoluş çatışmalarını tetikler.
- **İyileşen tümörler**, örneğin akciğerde, bronşlarda, karaciğerde, pankreasta, kalın bağırsakta, tiroitte, memede (meme bezleri veya süt kanalları), rahim ağzında, rahimde, yumurtalıklarda, prostatta veya testislerde, **boyut büyümesi**. Bunlar geleneksel tıbbın “hızlı gelişen” veya “saldırgan” kanser dedikleridir.
- Mantar veya TB bakterisinin eksikliği nedeniyle **sarılmış olan (enkapsüle) kitleler daha büyük görünebilir** ve rutin bir kontrol veya takip muayenesinde keşfedilebilirler (mamografi, kolonoskopi vs.).
- Uzamış bir iyileşme süreci sonucundan kalan **oyuklar**, örneğin meme bezlerinde, **su tutulumu ile büyür** ve şimdi kistler şeklinde görünür.
- Karaciğer, tiroit, yumurtalık, testis veya böbrek kistleri gibi **kistler büyüyebilir ve hatta patlayabilir**. Komşu bölgelere salınan sıvı, ani komplikasyonlara yol açabilir.
- Örneğin plevrada, peritonda veya perikardiyumda **bir sızıntı (efüzyon)**, zaten sıvıyla dolu olan zarda ilave su depolanmasına bağlı olarak **çok ciddi tıbbi soruna yol açabilir**. Tutulan su akciğerlerde birikirse, bu durum genelde öldürücü olan akciğer ödeme sebeptir.
- **Deri rahatsızlıkları** (alt deriyi veya epidermisi içeren) **daha dramatik şekilde kendini gösterir**.
- **Alerjik tepkiler** (deri döküntüleri, öksürük nöbetleri, ishal) daha yoğundur.
- **Yangı (enflamasyon) daha şiddetlidir**.
- Artan şişkinliğe bağlı olarak **artrit rahatsızlıkları daha da ağırlıdır**.
- **Su tutulumu ile artrit, guta dönüşür**.
- **Bronşit, zatürreye dönüşür**.
- **SENDROMLA birlikte hepatit, karaciğer büyümesine (hepatomegali) dönüşür ki**; özellikle sürekli olarak çatışma nöksleri nedeniyle kişi sağ kalamayabilir.

Bu nedenlerle en dramatik iyileşme fazları SENDROMLA, yani eş zamanlı su tutulumu ile gerçekleşir.

BEYİN DÜZEYİNDE SENDROMUN Sonuçları:

- İyileşen organa paralel olarak (**PCL-A**'da) gelişen **beyin ödemi ilave su tutar**. Hatta bu şişkinlik "beyin tümörü" olarak teşhis edilebilir.
- Beyindeki aşırı şişkinlik, komaya veya ölüme yol açabilecek şekilde beyinde aşırı baskıya sebep olur. Acil önlem: Baskının salınması için kafatasını açmak.
- Büyük bir beyin ödemi ile **Epileptoid Kriz**, örneğin bir kalp krizi öylesine şiddetli olabilir ki, kişi sağ kalamayabilir. **DİKKAT: İntravenöz infüzyonlar ödemi artırır!**
- Ventriküle (beyin çukuru) yakın komşuluktaki büyük bir ödem, dahili hidrosefaliye yol açabilir.
- Beyin sapındaki büyük bir ödem, hayatı tehlikeye sokacak şekilde **solunum merkezine** baskı yapabilir.



Bu beyin tomografisinde, bronşiyal mukozanın kontrol merkezinde (alanda korku çatışmasıyla ilişkili) görüldüğü gibi, SENDROMA bağlı su tutulumu, beyin ödemini dikkat çekici şekilde artırmaktadır.

SENDROMDA İLAÇ TEDAVİSİ

Genel olarak kortizon, sitostatik ilaçlar ve morfin dahil olmak üzere **uyarıcı olan bütün ilaçlar**, çatışma aktif fazının belirtilerini daha da azdırır. Bu yüzden böbrek toplama kanallarını kapsayan bir terkedilme veya varoluş çatışması durumunda bunlar **su tutulumunu artırır**. Sonuç olarak iyileşmenin ilk aşamasında (**PCL-A**) meydana gelen şişlikler (ödemler) daha da genişler!

Kortizon sempatik sinir sistemini uyarır. Yangı ve şişkinlikler gibi vagotonik belirtileri azaltmasının nedeni budur (aynı şey topikal steroid kremler için de geçerlidir). Tedavinin kesilmesinden sonra bu yüzden iyileşme belirtileri çabucak geri döner. Bu nedenle iyileşme fazında bu ilaçların verilmesi, yalnızca iyileşme sürecini kesintiye uğratar. GNM bakış açısıyla kortizon, Epileptoid Krizin başlangıcından önceki beyin baskısını azaltma amacıyla sadece istisnai durumlarda önerilir. Bununla birlikte, Dr. Hamer'a göre, **SENDROMLA birlikte kortikosteroidler**, hayati tehlike yaratan komplikasyonlara yol açabilen genişlemiş şişkinliklerle sonuçlanabilecek olan su tutulumunu artırdığı için **kontrendikedir** (tedaviye uygun değil).

Sitostatikler hücresel büyümeyi ketleyen yüksek derecede zehirli ilaçlardır. Geleneksel tıpta bunlar “kanser hücrelerini öldürmek” amacıyla kullanılır. Beş Biyolojik Yasanın bilgisi ve hücre artışının (“kanser”) çatışma aktif fazındayken biyolojik bir amacı olduğu, iyileşme fazında da yenileyici bir işlevi olduğu anlayışı temelinde, metotreksat dahil **kemo ilaçları**, Biyolojik Özel Programın (“hastalık”) doğal akışını ağır bir şekilde kesintiye uğratır. Toksisitesi yanısıra, sitostatikler yüksek düzeyde uyarıcı etkiye sahiptirler. Bu yüzden genellikle kanser teşhisinin kendisi nedeniyle tetiklenen bir aktif varoluş çatışmasıyla artan su tutulumu sebebiyle tümör şiddetli bir şekilde büyür. İşin garip yanı, bu durum “hızlı gelişen” ve “saldırgan” kanser olarak değerlendirilir. Düşük idrar çıkışı da (bu noktada “böbrek yetersizliği” olarak adlandırılır) toksinlerin yeterince bertaraf edilmesine engel olur. Dahası, kemo tedavileri, iyileşmeye dönen beyin dokusunun esnekliğini zayıflatır. Sonunda beyin dokusu yırtılarak ölüme sebep olur. Sitostatikler, kan hücrelerinin üretimini baskılar ki; bu da löseminin tedavisinde yıkıma sürükleyicidir.

Morfin narkotik bir ağrı kesici olarak bilinir. Ayrıca idrar oluşumunu sınırlayan ADH hormonunu (antidiüretik hormon) harekete geçirir. Bu ilaç, uyarıcı nitelikleriyle birlikte su tutulumunu ve bu yüzden de hem organ düzeyinde hem de beyin düzeyinde şişkinliği artırır. SENDROMLA birlikte morfin, beyni kemo terapinin (sitostatikler) etkilediği aynı yolla etkiler. Ek olarak morfin, yiyecekleri artık işlemeyi geçiremeyeceği şekilde bağırsakları felce uğratır. Ayrıca akciğer dokusunu inceltirerek yırtılmaya yatkın hale getirir. İlacın etkisi geçtiğinde kişi derin bir vagotoniye ve olasılıkla komaya girer. Morfin bir afyon türevidir (ayrıca bkz. kodein) ve bu yüzden sakinleştirici etkilidir. Günümüz tıbbında hastalara “daha kolay ölmeleri” için verilmektedir.

GNM – BİLGİ YOLUYLA KORUNMA

Vakaların çoğunluğunda **SENDROMA** bir **teşhis şoku**, “hastalığa” ilişkin **korku** ve **hastaneye yatış** sebep olmaktadır. Dolayısıyla **böbrek kanalları bağıntılı çatışmanın çözülmesi kesinlikle öncelik taşımaktadır**. Varoluş çatışmasının çözümü, tutulan suyun aniden salıverilmesini harekete geçirerek (idrar fazı), şişkinliklerin çabucak inmesi etkisi gösterir. Bu durum hayat kurtarıcı olabilir!

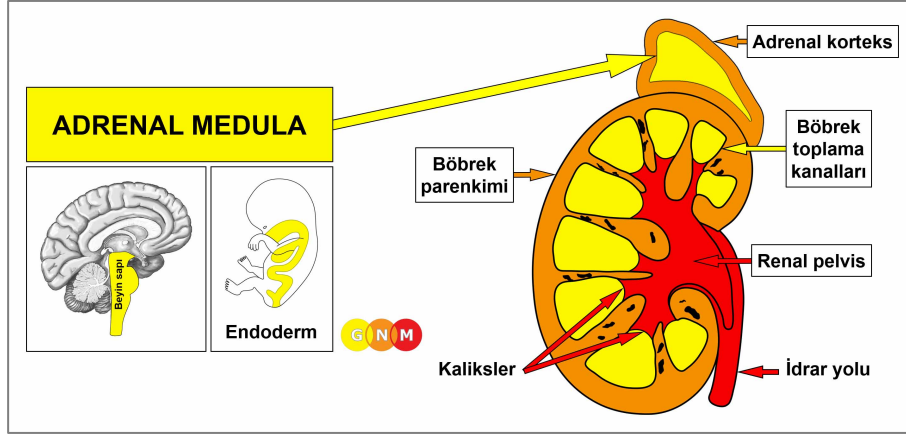
Ailenin ve arkadaşların bakım ve desteği, korkudan özgür bir çevrede bakılıyor olmanın güvencesi, ölçülemeyecek kadar tedavi değeri taşır.

Eğer çatışma zamanında çözülemezse, Dr. Hammer “sudan çıkmış balık” çatışmasına yalnızca biyolojik düzeyde dokunabilmek için **%0,9 luk tuz katılmış tuz banyoları** (99 litre suya 1 kg. tuz) tavsiye etmektedir. Organizmanın “yuvası” olan denize götürülmesi sayesinde, vücut önemli miktarlarda idrarı dışarı atabilecektir. Ek olarak izotonik tuz banyoları, böbrek kanallarının iyileşmesi sırasında protein kaybına bağlı olarak azalan kan sıvısındaki tuz içeriğini de dengeler.

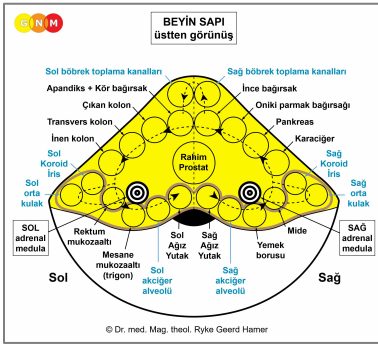
İdrar söktürücüler (diüretikler), simpatikotonik niteliklerinin gerçekte aynı zamanda idrara çıkışı zorlarken su tutulumunu da artırması, dolayısıyla böbreklerdeki “yan etkileri” nedeniyle, yalnızca acil bir önlem olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca idrar söktürücüler yalnızca elektrolitleri bertaraf etmekte, üre ve kreatinin gibi ürik maddeleri dışarıya atmamaktadır. Ancak idrar söktürücüler **sodyum bikarbonat** ile, ya da daha iyi bilinen adıyla kabartma tozu ile birlikte alınır, böbrekler yeteri miktarda ürik maddeyi vücuttan atacaktır. Bunun sebebi sodyum bikarbonatın glomerüler filtrasyon hızını (böbreğin kan süzme hızı – GFR) artırmasıdır. Bu, artan miktarda glomerüler filtratın böbrek toplama kanallarına ulaştığı, dolayısıyla idrar hacminin arttığı anlamına gelir.

Homer W. Smith tarafından “*From Fish to Philosopher*” kitabında belgelendirildiği gibi, sodyum bikarbonat başlangıçtan beri var olan okyanuslarda bol miktarda bulunan bir tuzdur. Yaşam su ortamını terkederken, sodyum bikarbonat karada sağ kalmak ve yaşayabilmeye hazırlanmak için kan dolaşımına emilmiştir. İnsan organizmasında asit-baz dengesini sürdürmek için de sodyum bikarbonat önemli bir rol oynar.

NOT: SENDROMLA, bütün bu olası riskleriyle birlikte su tutulumunu artırmamak için **sıvı alımını** minimumda tutmak gerekir (böbrek toplama kanallarının iyileşme fazında ve çatışma aktif fazında sıvı alımı ile karşılaştırınız).



ADRENAL MEDULANIN GELİŞİMİ VE İŞLEVİ: Böbrek üstü bezleri (adrenal) böbreklerin üzerine oturmuş bir çift hormonal bezdir. Adrenal medula bu bezin merkezindedir ve adrenal korteks tarafından çevrelenmiş olarak, kromaffin hücrelerinden oluşur. Bu adı almalarının sebebi kromik asit tuzlarından aldığı karakteristik kahve rengindedir. Adrenal medula hormon üretir (hormonal nitelik); başta stres hormonları dopamin, noradrenalin ve adrenalalin (katelokamin diye de bilinir). Adrenal medula bağırsak silindiri epitelinden oluşur, endodermden doğar ve dolayısıyla beyin sapından kontrol edilir.



BEYİN DÜZEYİ: Adrenal medulanın **beyin sapında** beslenme kanalının organlarına yakın komşulukta konumlanmış iki kontrol merkezi bulunmaktadır.

Sağ böbrek üstü bezinin adrenal medulası beyin sapının sağ tarafından, sol böbrek üstü bezinin adrenal medulası beyin sapının sol tarafından kontrol edilir. Yani beyinden organa çapraz bir karşılıklı ilişki bulunmamaktadır.

BİYOLOJİK ÇATIŞMA: dayanılmaz yoğunluktaki stres

ÇATIŞMA AKTİF FAZİ: DHS ile başlayarak çatışma aktif fazında böbrek üstü bezi hücreleri, çatışmanın yoğunluğuyla orantılı olarak çoğalır. **Hücre çoğalmasının biyolojik amacı**, ani stres sırasındaki performansı iyileştirebilmek için stres hormonlarının üretimini artırmaktır. Dolayısıyla **dopamin**, **noradrenalin** ve **adrenalin** düzeyleri yükselir. Başlangıç **belirtileri**; **hızlı kalp atışları**, **yüksek kan basıncı**, **aşırı terleme** ve yoğun stres durumuna bağlı **kaygıdır**. **NOT:** Bu parametreler, herhangi bir Biyolojik Özel Programın çatışma aktif fazında belli bir düzeye kadar yükselir.

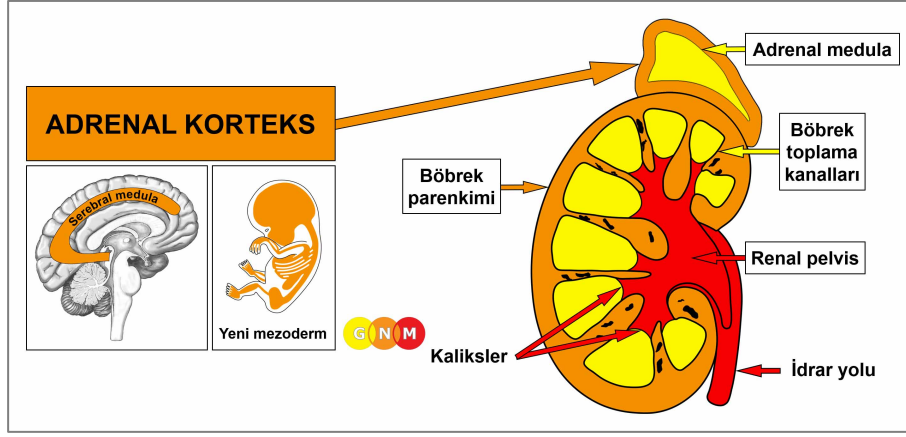
Süregelen çatışma etkinliği ile adrenal medulada kesif bir karnıbahar şekilli kitle (salgılayıcı nitelik) – **böbrek üstü bezi kanseri (feokromositoma)** olarak adlandırılır-gelişir (adrenal korteks bağıntılı “böbrek üstü bezi kanseri” ile karşılaştırınız). Eğer hücre bölünmesi belli bir sınırı aşıyorsa, geleneksel tıp bu kanserin “kötü huylu” olduğunu düşünür.

NOT: Çatışmanın sağ veya sol adrenal medulayı etkileyip etkilemeyeceği rastlantısaldır.

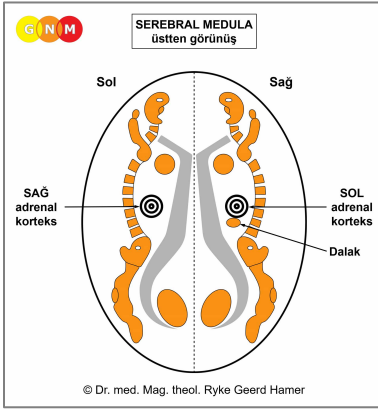
İYİLEŞME FAZİ: Çatışma çözümünü takiben (CL), mantar veya TB bakterisi gibi bakteriler, artık ihtiyaç kalmayan hücreleri ortadan kaldırırlar. **İyileşme belirtileri; şişkinlik** sebebiyle **ağrı** ve **gece terlemeleridir**. İyileşme fazının tamamlanmasıyla hormon düzeyleri normale geri döner.

Sürekli çatışma nökslerine bağlı olarak uzamış bir iyileşme süreci, kronik **adrenal medula tüberkülozuna** yol açar. Kromaffin hücrelerin kahverengi sebebiyle, bu durum organ tomografisinde koyu renkli görünür ve bu da böbrek üstü bezlerinde kanama olarak (adrenal apopleksi) yanlış anlaşılabilir.

Aşırı antibiyotik kullanımı nedeniyle tahrip edilmiş oldukları için **çatışma çözümü üzerine ortamda ihtiyaç duyulan mikroplar bulunmuyorsa**, ilave olan hücreler buldukları yerde kalır. Sonuçta, **devamlı olarak aşırı stres hormonu üretimine** sebep olmak üzere, kitle sarmalanır (enkapsüle) (ayrıca bkz. tiroit bezi, paratiroid bezleri, pankreas bezi, prostat bezi).



ADRENAL KORTEKSİN GELİŞİMİ VE İŞLEVİ: Adrenal korteks, böbrek üstü bezlerinin dış tabakasını oluşturur. Adrenal medula gibi androjenleri olduğu kadar temelde stres hormonu olan kortizolü ve aldosteron hormonlarını üretir. Adrenokortikotropik hormon (AÇHT) böbrek üstü bezlerinden salıverilecek olan kortizol düzeyini düzenler. Evrimsel anlamda adrenal korteks, lenfatik dokudan gelişmiştir. Dolayısıyla yeni mezodermden doğar ve serebral meduladan kontrol edilir.



BEYİN DÜZEYİ: Serebral medulada sağ böbrek üstü bezinin adrenal korteksi beynin sol tarafından, sol böbrek üstü bezinin adrenal korteksi ise tam olarak böbrek üstü bezlerinin “özel lenf nodları” olarak yer aldığı sağ beyin yarı küresinden kontrol edilir. Beyinden organa çapraz bir karşılıklı ilişki vardır (böbrek parenkimi ile karşılaştırınız).

BIYOLOJİK ÇATIŞMA: Adrenal korteksle ilişkili biyolojik çatışma; **yanlış yolu seçmiş olmak, “yolundan çıkarılmış” olmak, yanlış yöne gitmiş olmak, yanlış kararı vermiş veya yanlış seçimi yapmış olmaktadır.**

ÇATIŞMA AKTİF FAZİ: Çatışma etkinliğinin süresi ve derecesiyle orantılı olarak adrenal kortekste **hücre kaybı (nekroz)**. **Doku kaybının biyolojik amacı**, kişiyi yanlış yolda yavaşlamaya zorlamak için stres hormonu üretimini azaltmaktır. Bunu izleyen **belirti**: düşük kortizol ve aldosteron seviyeleri nedeniyle **stresten yorulmuşluk hissi**. Bu durum, kortizol salınımı nedeniyle artan enerjili diğer çatışma aktif fazlarından farklılaşır (savaş ya da kaç tepkisi). Steroid hormonların yetersiz üretimiyle ortaya çıkan rahatsızlık, **hipoadrenalizm** veya **Addison hastalığı** olarak adlandırılır.

NOT: Sağ veya sol böbrek üstü bezlerinin adrenal kortekslerinin etkilenmesi; kişinin el kullanımına ve çatışmanın anne/çocuk ya da eş ile bağlantılı olup olmadığına göre belirlenir.

İYİLEŞME FAZİ: İyileşme fazında nekroz bölgesinde bir **ADRENAL** (Böbrek Üstü Bezi) **KİST** gelişir. İyileşme fazının ilk aşamasında (**PCL-A**), çatışma aktif fazı sırasında kaybedilen dokuyu yeniden doldurmak için kistin içerisinde böbrek üstü bezi hücreleri çoğalır. Bu aşamada kist fark edildiğinde, “böbrek üstü bezi (adrenal) kanseri” teşhisi konur (adrenal medula bağıntılı adrenal kanseri ile karşılaştırınız). Beş Biyolojik Yasa’ya dayanarak, bu yeni hücreler “kanseri hücre” olarak değerlendirilemez çünkü gerçekte hücre artışı bir yenilenip tazelenme sürecidir.

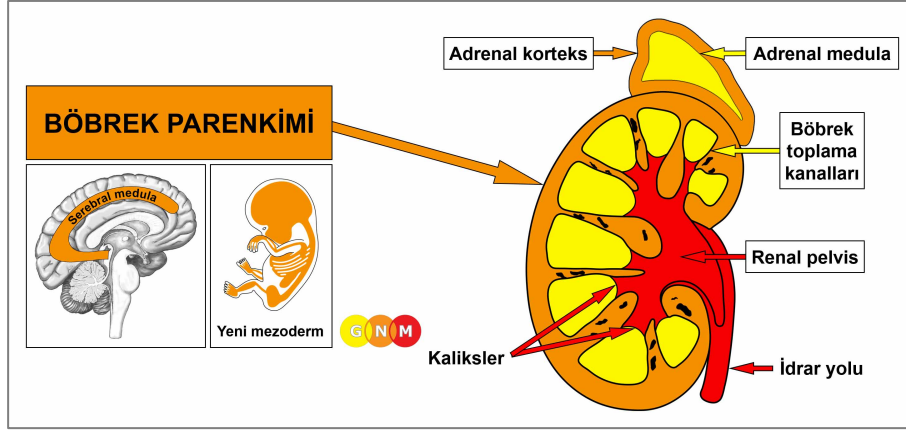
Dokuz ay içerisinde eğer bir çatışma nüksü yoksa, kist sertleşir ve böbrek üstü bezlerinin hormon üretim işlevinin ayrılmaz bir parçası haline gelir (ayrıca bkz. böbrek kisti, yumurtalık kisti ve testiküler kist). Stres hormonlarının artan üretimi, **organizmanın doğru yolda kalmasına yardımcı olma biyolojik amacına hizmet eder.**

NOT: Adrenal korteks te dahil olmak üzere, **yeni mezodermden türeyen tüm organlar** (“ihtiyaç fazlası grup”) **biyolojik amacı iyileşme fazının sonunda gösterirler.** İyileşme sürecinin tamamlanmasından sonra, benzer bir çatışmaya daha iyi hazırlıklı olmayı sağlayacak şekilde, bu organ ve dokular eskisinden daha güçlü hale gelir.

Eğer çatışma aktif fazı yoğunduysa, bu tür bir adrenal kist oldukça büyüyebilir ve böbrek üstü bezi hormonlarının aşırı üretimine (**hiperadrenalizm**), yani **Conn sendromuna** (aldosteronun fazla üretilmesiyle) veya **Cushing sendromuna** (kortizolün fazla üretilmesiyle) yol açar. Cushing’in belirtileri yuvarlak şekilli bir yüz (ya da “ay yüzlü”) ve özellikle gövdede, boyunda ve sırtın üst bölgesinde kilo alımıdır. Kişi eğer aynı zamanda aktif bir terkedilme veya varoluş çatışmasındaysa (SENDROM), şişkin yüz ve kilo alımına su tutulumu sebep olur. Ayrıca su tutulumu, kortizolün (bir stres hormonu) fazla üretiminden dolayı artar. **NOT:** Cushing’in belirtileri, “kortikosteroidlerin” “yan etkileridir”. Dolayısıyla, bu ilaçların yaygın kullanımı sebebiyle “İatrojenik Cushing Sendromu”na çok sık rastlanmaktadır.

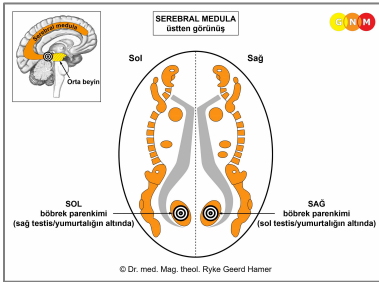


Böbrek üstü bezleri ayrıca yüz ve göğüs bölgesindeki kılların üretiminden sorumlu hormon olan androjenleri üretir. Cushing’li kadınların, bu yüzden fazla yüz ve vücut kılları vardır. Büyük bir böbrek üstü bezi kisti, artan androjen üretimi sebebiyle aşırı kıl gelişimine neden olabilir. Bu rahatsızlığa **hirsutizm** denir.



BÖBREK PARENKİMİNİN GELİŞİMİ VE İŞLEVİ: Böbrek parenkimi, böbreklerin gövdesini oluşturur. Milyonlarca nefrondan oluşmuştur ve temel işlevi kanı süzmek ve idrar üretmektir. Her bir nefron, Bowman kapsülü denilen bir zarla çevrelenmiş bir kılcacık damar ağı olan glomerül içerir. İdrar oluşumunu düzenleyen, küçük kan damarlarındaki kan basıncı ve **Bowman kapsülüdür** (yaşam karaya çıktıktan sonra idrar üretimi artık bağırsaklar yoluyla değil, bunun yerine kan dolaşımı ve böbrekler tarafından düzenlenmektedir). Kan glomerülden geçerken, su ve metabolik atıklar kılcacık damar duvarları yoluyla filtrelenir. Ancak filtratın çoğunluğu böbrek toplama kanalları tarafından yeniden emilir ve kana geri döner, 1,5-2 litre kadar su dışarıya atılmak üzere bırakılır. Böbreklerin kanı filtre etme hızına glomerül filtrasyon hızı (GFR) denir. Böbrek parenkimi yeni mezodermden doğar ve bu yüzden serebral meduladan kontrol edilir.

NOT: Böbrekler orijinalinde tek bir organken daha sonra ikiye ayrılmıştır. Eğer cenin gelişimi sırasında böbrekler tam olarak ayrılmazsa, alt tabanda iki böbreğin U şeklinde birbirine geçişmiş hali sebebiyle bu duruma **“atnalı böbrek”** denir.



BEYİN DÜZEYİ: Serebral medulada, sağ böbreğin parenkimi beyin sağ tarafından, sol böbrek parenkimi de sol beyin yarı küresinden kontrol edilmektedir.

NOT: Kontrol merkezleri beyin sapının en dış kısmında konumlanan orta beyinle serebral medulanın geçiş bölgesinde yerleşiktir. Dolayısıyla, beyinden organa çapraz bir karşılıklı ilişki bulunmamaktadır.

BİYOLOJİK ÇATIŞMA: Yaşamın sadece okyanuslarda varolduğu zamanlarda gelişmiş olan böbrek toplama kanalları, su **yoksunluğu** çatışmasıyla bağıntılıdır (sudan çıkmış balık). Böbrek parenkimi ise tersine, **aşırı fazla** su ile ilişkilidir. Çünkü karadaki yaşamda, suyun kendisi sel baskınları ve boğulma yoluyla tehlike içermektedir. Böbrek parenkimi ile ilişkili çatışma **“su veya sıvı çatışmasıdır”**.

Su çatışması, suyun içinde veya su üzerindeki herhangi bir kaza olarak yaşanabilir. Ancak su borusunun patlaması, su sızıntıları, su **baskınına uğramış** bir ev veya kanalizasyon bağlantılı sorunlar da su çatışmalarını tetikler. Tamir edilmemiş **su hasarlarının** sürekli hatırlatması, su çatışmasını aktif halde tutabilmektedir. Sağanak yağış, gök gürültülü fırtınalar, dolu yağışı, kar fırtınaları veya **buz fırtınaları**, hava durumu bağıntılı su çatışmalarına yol açabilir. Eğer yağmurlu bir hava durumu raporu dahil olmak üzere yağmur bir “yol” olursa, bu da tekrarlayan ve hatta sürekli çatışma-aktif belirtilerine sebep olabilir.



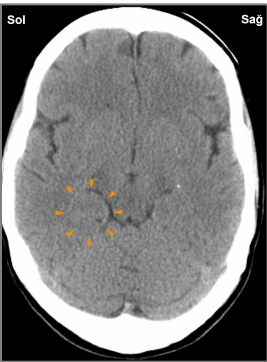
... sel baskınları, geniş alanlardaki nüfusu ekileyebilir.

Sıvı çatışmaları akışkanlarla ilgili rahatsızlıklara değinir. Örneğin zararlı kimyasal maddeler, infüzyonlar veya enjeksiyonlar (tıbbi ilaçlar, sitostatikler, sokak uyuşturucuları, aşular), petrol (petrol felaketleri), gaz (gaz bitmesi, artan gaz fiyatları), alkol (alkolü bırakma dahil), sıvı gıdalardaki kimyasallar veya karsinojen olduğuna inanılan veya alerjilerle ilişkilendirilen temizlik malzemeleri. Çatışma ayrıca idrar (idrar kaçırma), meni (cinsel taciz, istenmeyen cinsel uygulamalar), amniyotik sıvı (hamilelik sırasında suyun gelmesi) veya sıvı akıntılar gibi vücut sıvılarıyla da bağlantılıdır. **GNM'e aşına olmayan biri için**, su tutulumu (bkz. böbrek toplama kanalları) bir su çatışmasını harekete geçirebilir. **NOT:** Kan biyolojik olarak dalağı içeren kanama çatışmasıyla bağlantılıdır.

ÇATIŞMA AKTİF FAZİ: Böbrek(ler)de bir ya da bir kaç yerde birden, bir veya bir kaç çatışmayla birlikte **hücre kaybı (nekroz)**. Çatışma etkinliği sırasında atardamar kan basıncı artarak **hipertansiyona** neden olur. **Yüksek kan basıncının biyolojik amacı**, azalan idrar üretim hücrelerinin sayısına rağmen böbreğin işlevini sürdürmesini sağlayan glomerüler doku kaybını telafi etmektir (sağ miyokardiyum bağlantılı hipertansiyon ile karşılaştırınız, ayrıca bkz. adrenal medula).

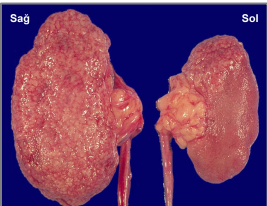
Kan basıncının düzeyi, doku kaybının düzeyiyle belirlenir. Dolayısıyla yoğun bir çatışma ile kan basıncı kayda değer ölçüde artabilir (ayrıca bkz. Epileptoid Kriz sırasındaki hipertansiyon). Yine de **hipertansiyon panik yapmak için asla bir sebep değildir** çünkü yüksek kan basıncı, geleneksel tıbbin iddia ettiği gibi ne kalp krizine ne de inmeye yol açar. Bunun yerine daha çok organın işlevini sürdürebilmesini destekleyen biyolojik bir programdır. Kan basıncını düşüren ilaçlar (ACE inhibitörleri) sadece bu doğal tepkiye müdahale eder. Bu yüzden anti-hipertansif ilaçların aşırı kullanımı böbrekler için oldukça zorlayıcıdır ve hatta böbrek yetmezliğine sebep olabilir.

Ürik maddelerin düzeyi glomerüler filtrasyon hızına (GFR) bağlı olduğu için **ürük asit, üre ve kreatinin değerleri** çatışma aktif fazı sırasında **artar** (böbrek toplama kanalları bağlantılı yüksek ürik asit, üre ve kreatinin düzeyleriyle karşılaştırınız).



Bu beyin tomografisi, serebral medulada tam olarak sol böbrek parenkimini yöneten bölgedeki Hamer Odağını gösteriyor (bkz. **GNM diyagramı**). Halka yapısının keskin sınırları, kişinin kısa aralıklarla iyileşme fazı ile çatışma aktif fazda olduğuna işaret etmektedir (ödemli kısım).

NOT: Su veya sıvı çatışmasının sağ veya sol böbreği etkilemesi, rastlantısaldır.



İlerleyen böbrek parenkimal hücrelerin kaybı **sirotik böbreğe** sebep olur (bkz. sol böbrek görseli) ve yeterli miktarda idrar üretmez (yetersiz idrar boşaltımında böbrek toplama kanalları bağlantılı sirotik böbrek ile karşılaştırınız). Çatışma çözümü gerçekleşmezse, sonunda bu durum **“glomerüler renal yetersizlik”** (“böbrek kanalları yetersizliği” ile karşılaştırınız) ve **“böbrek yetmezliği”** denilen duruma yol açar. Her iki böbrek de etkilendiğinde, diyaliz kaçınılmazdır.

Eğer etkilenen böbrek ameliyatla alınır, kan basıncı normale geri döner. Ancak yeni veya yeniden harekete geçen bir su çatışması halinde, DHS diğer böbreğin beyin rölesinde kaydedilecek ve kan basıncının yeniden yükselmesine sebep olacaktır.

İYİLEŞME FAZİ: Çatışma çözümünü takiben (CL), doku kaybı idealinde bakteri tarafından da yardımcı olunarak yeni hücrelerle yenilenir. İyileşme belirtileri böbrekteki şişkinliğe bağlı olarak **sancı** ve olasılıkla **idrarda kandır** (ayrıca bkz. renal pelvis ve idrar yolları, mesane trigonu, mesane mukozası ve prostat). İyileşme fazı sırasında ürik maddeler kadar, kan basıncının düzeyi de normale geri döner. Yine de, her çatışma nüksünde kan basıncı geçici olarak yükselerek **“düzensiz hipertansiyona”** neden olur (“kronik hipertansiyon”, uzamış çatışma etkinliğini ifade eder). Ayrıca kan basıncı, Epileptoid Kriz döneminde kısa süre ve olasılıkla kayda değer şekilde yükselir.

Eğer iyileşme glomerülü kapsıyorsa, o zaman buna **glomerülo nefrit** denir (böbrek toplama kanalları bağıntılı nefrit ile karşılaştırınız). Tekrarlayan iyileşme fazlarıyla, böbreğin filtreleme ünitesinde bir nedbeleşme (skar doku) oluşur (PCL-B’de). Buna **fokal segmental glomerüloskleroz** denir (FSGS).

Böbrek parenkiminin iyileşmesinin özel niteliklerinden biri de **BÖBREK KİSTİ** oluşumudur. İyileşmeyi kesintiye uğratabilecek herhangi bir çatışma nüksü olmaması halinde, bu sürecin tamamlanması dokuz ay alır (ayrıca bkz. böbrek üstü bezi kisti, yumurtalık kisti ve testiküler kist). Kistin gelişimi bir kaç adımda gerçekleşir.

Başlangıç olarak **PCL-A** sırasında, nekroz bölgesinde içi sıvı dolu bir kapsül veya kist oluşur. Kist dışarıya ya da içeriye doğru şişer. Kistin boyutu, öncesinde yaşanan çatışma aktif fazının süresine ve yoğunluğuna göre belirlenir. Aynı anda yaşanan bir aktif terkedilme veya varoluş çatışması sonucu su tutulumu (SENDROM) ile, böbrek parenkimindeki kist oldukça büyüyebilir çünkü tutulan su, iyileşen bölgede aşırı miktarda depolanır. Büyük kist(ler), hatırı sayılır ağrıya sebep olur. **Polikistik böbrek hastalığı** (PKD) denilen durum, çok sayıda kistle sonuçlanan çoklu su veya sıvı çatışmalarına işaret eder (bu rahatsızlığın “genetik hastalık” olduğu teorisi, tamamen varsayımsaldır).

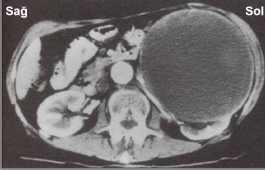
Çatışma aktif fazı boyunca oluşan hücre kaybının yerini doldurmak için, geride kalan böbrek hücreleri kistin içerisinde çoğalır. Bu aşama sırasında kist, kan alabilmek için kendini komşu dokuya ilişdirir. Komşu dokulara tutunmak, kisti dengede tutar. Bu aşamada “kitle” teşhis edilir. Geleneksel tıp kavramlarıyla bir **“invaziv ya da infiltratif” böbrek kanseri** denir ve bir “metastaz” olarak yorumlanır (böbrek toplama kanalları bağıntılı böbrek kanseri ile karşılaştırınız). Beş Biyolojik Yasa’ya dayanarak, bu yeni hücreler “kanser hücreleri” olarak değerlendirilemez çünkü gerçekte bu bir yenilenme ve tazelenme sürecidir.

Epileptoid Kriz sonrası yani **PCL-B** aşamasında, kist sıvısının çoğunu kaybeder. Bu noktada “kanser” **Wilms tümörü veya nefroblastoma** olarak teşhis edilir. **PANİK YAPMAYIN!** Çünkü dokuz ay içerisinde (hiç bir çatışma nüksü olmaksızın) sıvı dolu bir kapsül olarak başlayan kist, kendini komşu dokudan serbest bırakacak ve kan damarlarıyla donanmış olarak **bütün organ işlevleriyle birlikte böbreğin ayrılmaz bütünlükteki – sanki üçüncü bir böbrek gibi – bir parçası olacaktır.**

NOT: Böbrek parenkimi dahil olmak üzere, **yeni mezodermden türeyen tüm organlar** (“ihtiyaç fazlası grup”), **biyolojik amacı iyileşme fazının sonunda gösterirler.** İyileşme sürecinin tamamlanmasından sonra, benzer bir çatışmaya daha iyi hazırlıklı olmayı sağlayacak şekilde, bu organ ve dokular eskisinden daha güçlü hale gelir.



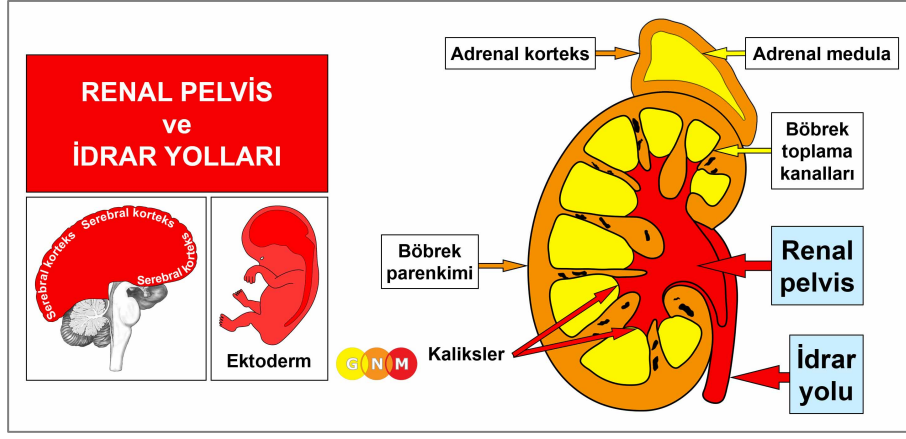
Bu beyin tomografisinde, sol böbrekteki bir böbrek kistiyle ilişkili sol böbrek parenkimini kontrol eden bölgedeki Hamer Odağı'nı görmekteyiz (alttaki turuncu oklar – bkz. [GNM diyagramı](#)). Buna göre, su veya sıvı çatışması çözülmüş haldedir. Üstteki oklar, mevcut durumda çözülme fazında olan bir "ısırık çatışması" ile bağıntılı dış minesini beyin rölösindeki Hamer Odağı'nı işaret etmektedir.



SENDROM nedeniyle su tutulumu ile böbrek kisti, bu organ tomografisinde görüldüğü üzere fazlasıyla büyüyebilir.

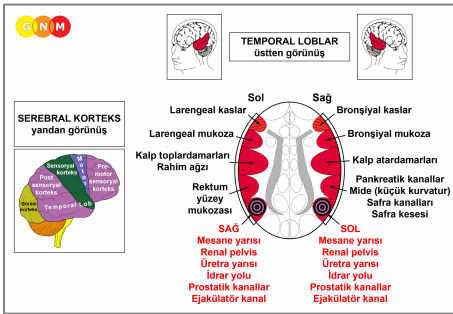
Eğer içi sıvı veya yarı-sıvı dolu bir kistin içindeki basınç dayanılmayacak kadar güçlü ise, kist patlayabilir. Böbreğe bir darbe, keşfetme amaçlı olarak iğneyle böbreğe girme veya zamanından önce (erken) bir ameliyat, yırtılmaya sebep olabilir. Kist parçalandığında, sıvı kendisine retroperitonda (karın zarı arkasında) ve batın bölgesinde yol bulur. Serbest kalan böbrek hücreleri batın duvarına veya mide, oniki parmak bağırsağı, kalın bağırsak, karaciğer veya pankreas gibi batın organlarına tutunur. Bu bölgelerde fark edilen kistler genellikle "lenf nodu cepleri" veya yağ hücrelerinden ya da yumuşak dokudan kaynaklandığı düşünülen "liposarkomalar" olarak yanlış teşhis edilir (leiomyosarkom). Geleneksel tıpta, bu kitleler "kötü huylu" olarak değerlendirilir.

Dr. Hamer'a göre, bir böbrek kistinin ameliyatla alınması, ancak kist tamamen olgunlaşmışsa (sertleşmişse) mümkündür. Yarı-sıvı bir kistin ameliyatı, parenkimal hücreleri gereksiz komplikasyonlarla çevresindeki bölgeye yayar (bkz. yumurtalık kisti ve endometriyozis). Bir varoluş çatışması dolayısıyla eş zamanlı olan su tutulumu ile – genellikle böbrek kanseri tanısı veya hastaneye yatışla harekete geçen kist, sadece kısmen sertleşir. Bu nedenle böbrek kanalları bağıntılı çatışmayı çözmek, öncelikli olmak zorundadır.



RENAL PELVİS VE İDRAR YOLLARININ GELİŞİMİ VE İŞLEVİ: Renal pelvis ve idrar yolları, üst boşaltım sistemini temsil eder. Renal pelvis idrarı böbrek toplama kanallarından, fincan şeklindeki kaliksler vasıtasıyla alır. İdrar buradan idrar yollarına ve sonrasında mesane ve üretraya (alt idrar sistemi) boşaltım için akar. Renal pelvisin ve idrar yollarının iç duvarları düz ve çizgili kaslarla donatılmıştır. Tıpkı bağırsakların “besin lokmasını” peristaltik hareketlerle bağırsak kanalında hareket ettirmesi gibi, renal pelvisin ve idrar yollarının düz kasları da “idrar lokmasının” akmasını kolaylaştırır. Renal kaliksler de dahil olmak üzere renal pelvisin ve idrar yollarının astarı yassı epitel içerir, ektodermden doğar ve dolayısıyla serebral korteksten kontrol edilir.

NOT: Böbrekler orijinalinde tek bir organ olup daha sonra iki ayrı böbreğe bölünmüştür. Renal pelvisin ve idrar yollarının her biri beyin yarı küresinin birinde olmak üzere, iki kontrol merkezi bulunmasının sebebi budur.



BEYİN DÜZEYİ: Renal pelvisin ve idrar yollarının epitel iç astarı **temporal loblardan (post-sensoryal korteksin bir kısmı)** kontrol edilir. Sol böbreğin renal pelvisi ve sol idrar yolu sağ temporal lobdan, sağ böbreğin renal pelvisi ve sağ idrar yolu sol kortikal yarı küreden kontrol edilir (rektum astarının kontrol merkezinin yanında). Dolayısıyla beyinden organa çapraz bir karşılıklı ilişki bulunmaktadır.

NOT: Mesane ve üretranın yanısıra renal pelvis ve idrar yolları da aynı kontrol merkezlerini paylaşır. Çatışmanın renal pelvisi, idrar yollarını, mesaneyi veya üretrayı etkileyip etkilemeyeceği rastlantısalıdır. Prostatik kanallar ve ejakülasyon kanalları da ayrıca aynı beyin rollerinden kontrol edilir.

BİYOLOJİK ÇATIŞMA: Renal pelvis ve idrar yollarıyla ilişkili biyolojik çatışma; kişinin cinsiyetine, el kullanım durumuna (yanallık) ve hormonal durumuna bağlı olarak eril bir **alan işaretleme çatışması** veya dişil bir **işaretleme çatışmasıdır** (ayrıca bkz. mesane ve üretra). Eril bir alan işaretleme çatışması, dış sınırların beklenmedik şekilde ihlalini (erkek memeliler hakim oldukları alanın dışsal sınırlarını bacaklarını kaldırıp idrarlarıyla işaretler) anlatırken, dişil bir işaretleme çatışması içsel sınırların çiğnenmesiyle bağıntılıdır (dişil memeliler çömelerek içsel sınırlarını işaretler). Dişil işaretleme çatışması, rektum yüzey mukozasını ilgilendiren kimlik çatışmasıyla aynıdır. Renal pelvisin, idrar yollarının, mesanenin ve üretranın beyin rollerinin, rektum rölesinin hemen yanında (sol temporal lobda) oluşunun sebebi budur.

Cinsiyet, El Kullanımı, Hormon Seviyesi

Biyolojik Çatışma

Etkilenen Organ

Sağ elini kullanan erkek (NHS)
Sol elini kullanan erkek (NHS)
Sağ elini kullanan erkek (DTS)
Sol elini kullanan erkek (DTS)

Alan işaretleme çatışması
Alan işaretleme çatışması
İşaretleme çatışması
İşaretleme çatışması

Sol, renal pelvis ve idrar yolu
Sağ, renal pelvis ve idrar yolu*
Sağ, renal pelvis ve idrar yolu
Sol, renal pelvis ve idrar yolu*

Sağ elini kullanan kadın (NHS)
Sol elini kullanan kadın (NHS)
Sağ elini kullanan kadın (DÖS)
Sol elini kullanan kadın (DÖS)

İşaretleme çatışması
İşaretleme çatışması
Alan işaretleme çatışması
Alan işaretleme çatışması

Sağ, renal pelvis ve idrar yolu
Sol, renal pelvis ve idrar yolu*
Sol, renal pelvis ve idrar yolu
Sağ, renal pelvis ve idrar yolu*

NHS = Normal hormon seviyesi

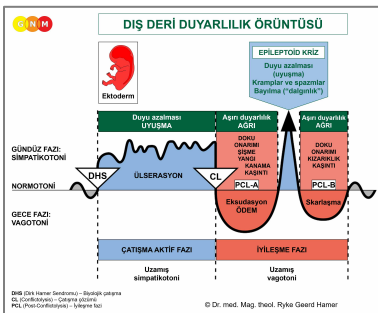
DTS = Düşük testosteron seviyesi

DÖS = Düşük östrojen seviyesi

***Sol elini kullananlar için çatışma, diğer beyin yarı küresine aktarılır.**

Evrimsel gerekçelendirme doğrultusunda **alan çatışmaları, cinsellik çatışmaları ve ayrılık çatışmaları**, **sensoryal, pre-motor sensoryal ve post-sensoryal korteksten** kontrol edilen ektodermal organlarla ilgili ilksel çatışma temalarıdır.

Alan işaretleme çatışması, geniş kapsamlı alan (mahalle, köy, şehir, ülke) dahil olmak üzere birinin yerinin izinsiz şekilde işgaline (ev, mülk) dairdir. İşle ilişkili işaretleme çatışmaları örneğin bir pozisyon için mücadele etmek ya da mesleki alana bir rakibin gelmesi ile harekete geçer. İlişkilere dair işaretleme çatışmaları etki alanındaki üyelerin (eş, çocuklar, ebeveynler, akrabalar, oda arkadaşları, sınıf arkadaşları, arkadaşlar, ziyaretçiler, komşular, meslekdaşlar, öğrenmenler, gözetmenler) “çizgiyi aşmaları” veya “birinin işine burunlarını sokmaları” ile ilgilidir. Bir eş, ortak veya ebeveyn tarafından kontrol edildiğini hissetmek, işaretleme çatışmasını harekete geçirebilir. Birinin özel alanını işgal etmek de, kişisel mülkiyete saygısızlıktır. Bir erkek, kendi kadınıyla bir başka erkek ilgilendiğinde, karısının veya kız arkadaşının bir başkasıyla uyduğunu gördüğünde bir alan işaretleme çatışması yaşayabilir. İstenmeyen seks veya cinsel taciz, birinin özel alanının işgali olarak algılanabilir. Birinin inançlarına saldırı, ırkçı söylemler ve her tür taciz, işaretleme çatışmasını başlatabilir. Çocuklar bu çatışmayı okulda, ana okulunda, kreşte veya parkta, ayrıca yeni bir kardeş doğduğunda, odasını bir aile üyesi ile paylaşmak durumunda kaldığında veya bir oyuncak için kavga ettiklerinde yaşarlar. Evcil hayvanlar da yerleri değiştiğinde veya diğer hayvanlar (veya insanlar) alanlarını işgal ettiğinde işaretleme çatışması yaşarlar.



Renal pelvis ve idrar yollarının Biyolojik Özel Programı, çatışma aktif fazı ve Epileptoid Kriz sırasında duyarsızlaşma ve iyileşme fazında duyarlılık artışı ile **DIŞ DERİ DUYARLILIK ÖRÜNTÜSÜNÜ** izler.

ÇATIŞMA AKTİF FAZI: Çatışma etkinliğinin süresi ve derecesiyle orantılı olarak renal pelvisin, renal kaliklerin ve/veya idrar yolu(ları)nun iç astarında **ülserasyon**. **Hücre kaybının biyolojik amacı**, alanı daha iyi işaretlemeyi sağlayabilmek için idrar akışını iyileştirmek üzere renal pelvisin hacmini artırmak ve idrar yolu(ları)nu genişletmektir.



Bu görsel (MR), mesane ve üretrayla birlikte renal pelvisi ve idrar yollarını da kontrol eden serebral korteks bölgesindeki bir işaretleme çatışması etkisini göstermektedir (bkz. [GNM diyagramı](#)). Hamer Odağının keskin sınırı, çatışmanın hala aktif olduğuna işaret etmektedir. Üriner sistemin hangi kısmının etkilendiği, ancak iyileşme başladığında ortaya çıkacaktır. Her durumda GNM bilgisine sahip olan bir kişi, iyileşme belirtilerine hazırlıklı olacaktır.

İYİLEŞME FAZI: İyileşme fazının başlangıç aşaması ([PCL-A](#)) sırasında, iyileşen bölgedeki ödeme bağlı (sıvı birikimi) **şişkinlikle** birlikte **hücre çoğalması** yoluyla önceki doku kaybı tazelenip yerine konur. **İyileşme belirtileri; işeme sırasında yakıcı bir sancı** (eğer idrar yolları etkilenmişse) ve **olasılıkla idrarda kandır** (ayrıca bkz. böbrek parenkimi, mesane trigonu, mesane mukozası ve prostat). Çatışmanın yoğunluğuna bağlı olarak belirtiler hafifle şiddetli arasında değişir. Büyük bir şişkinlik, etkilenmiş olan idrar yolunu tıkayabilir! Renal pelvisteki yangıya **piyelit** denir. Eğer renal pelvisi ve/veya idrar yollarını çevreleyen çizgili kas dokusu da aynı anda Epileptoid Kriz aşamasındaysa, Epileptoid Kriz kendisini **kramp veya spazmla akut sancı (üreterik kolik, böbrek koliği)** olarak ortaya koyar (ayrıca bkz. böbrek toplama kanalları bağıntılı böbrek koliği).

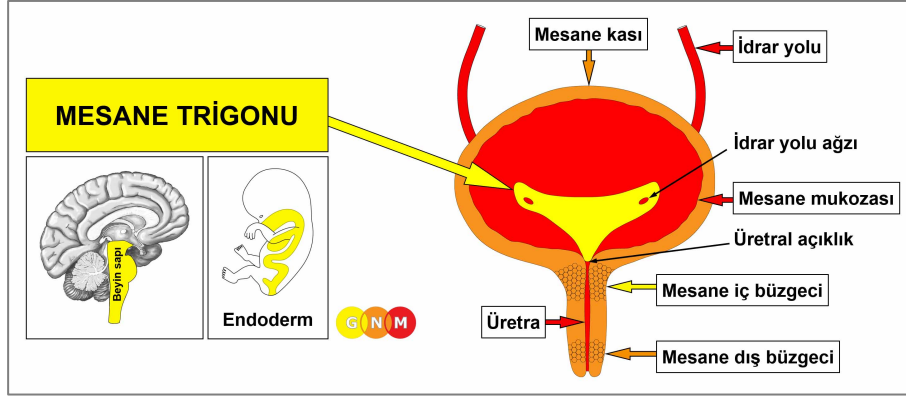
NOT: [Sensoryal, post-sensoryal veya pre-motor sensoryal korteksten](#) kontrol edilen tüm Epileptoid Krizlere, çatışmanın yoğunluğuna bağlı olarak **dolaşım sorunları, ani baş dönmeleri, kısa bilinç karışıklıkları** veya tümünden **bilinç kaybı** (dalgalılık veya “bayılma”) eşlik eder. Bir başka ayırıcı belirti, beyin hücrelerinin aşırı miktarda glükoz kullanımı nedeniyle **kan şekeri düşmesidir** (pankreas adacık hücreleri bağıntılı hipoglisemi ile karşılaştırınız).

Renal pelviste veya idrar yollarındaki bir “bakteriyel enfeksiyon”, tamir aşamasına ve yara izi bırakma (skarlaşma) sürecine ([PCL-B](#)) bakterinin yardımcı olduğunu gösterir. Bu, çatışma aktif fazında oluşan ülserasyon, renal veya idrar yolları dokularında çok derine indiğinde sıklıkla yaşanan bir durumdur (ayrıca bkz. böbrek toplama kanalları bağıntılı “böbrek enfeksiyonu”). Tekrarlayan “enfeksiyonlar”, orjinal işaretleme çatışmasının yaşandığında yerleşmiş olan “yollar” tarafından tetiklenen çatışma nükslerine işaret eder.

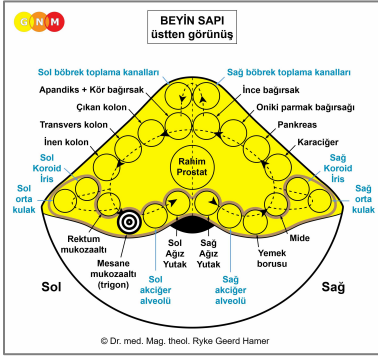


[Renal kalikslerin](#) uzamış iyileşme fazı nedeniyle tıkanması, **böbrek taşları** oluşumuna yol açar. Tipik olarak Epileptoid Kriz sırasında bu noktada, taşlar kalikslerin boynundan renal pelvis ve sonrasında mesaneye itelenir. Bu süreç özellikle renal pelvisin iç duvarlarındaki spazm ve kramplar (böbrek koliği) nedeniyle ani sancıya yol açar.

Renal pelvisteki böbrek taşları yeşil veya sarımsı **ürik asit taşlarıdır** (böbrek toplama kanallarındaki beyaz veya koyu renkli kalsiyum oksalat taşları ile karşılaştırınız). Alan işaretleme çatışmaları sonucundaki ürat, köpeklerde ve kedilerde çok görülür.



MESANE TRİGONUNUN GELİŞİMİ VE İŞLEVİ: Mesane trigonu, idrar yolları ve üretranın (sidik borusu) ağızları arasında kalan üçgen şekilli bölgedir. Mesane kası kasıldığında, geçici olarak mesanede tutulan idrarı mesane trigonu üretraya akıtır. Bağırsak hücrelerinin besini sindirip emmesiyle aynı şekilde, mesane trigonunun biyolojik işlevi de proteinleri “sindirmek” (salgılayıcı nitelik) ve idrarı “emmektir” (emici nitelik) (böbrek toplama kanallarıyla aynı şekilde). Mesane trigonunun mukozaaltı, bağırsak silindirik epitelinden oluşur, endodermden doğar ve dolayısıyla beyin sapından kontrol edilir.



BEYİN DÜZEYİ: Mesane trigonu beyin sapının sol tarafından, rektum mukozasının kontrol merkezinin yanından kontrol edilir.

NOT: Mesane trigonu (mesane mukozası), Bartholin bezleri ve smegma üretim bezleri aynı beyin rölesini paylaşırlar.

BIYOLOJİK ÇATIŞMA: Mesane trigonu bağıntılı biyolojik çatışma, sigmoid kolon ve rektum mukozası bağıntılı “dışkı çatışması” ile aynı şekilde çirkin, “pis” lokma çatışmasıdır (pis işler, pis hileler, pis seks vb.).

Evrimsel gerekçelendirme doğrultusunda, lokma çatışmaları, beyin sapından kontrol edilen endodermden doğan organlarla ilişkilenen ilksel çatışma temasıdır.

ÇATIŞMA AKTİF FAZİ: DHS ile başlayarak, çatışma aktif fazı sırasında çatışmanın yoğunluğuyla orantılı şekilde mesane trigonu hücreleri çoğalır. Hücre artışının biyolojik amacı, “pis lokmayı” “sindirme” ve “emme” yeteneğini geliştirmektir. Uzamış çatışma etkinliği ile trigonda yassı (emici tip) veya karnıbahar şekilli (salgılayıcı tip) bir kitle oluşur. Geleneksel tıpta buna mesane kanseri olarak (mesane mukozası bağıntılı “mesane kanseri” ile karşılaştırınız) tanı konur. Eğer hücre bölünme hızı belli bir sınırı aşarsa kanserin “kötü huylu” olduğu düşünülür. Bu sınırın altında ise kitle “iyi huylu” olarak değerlendirilir veya mesane polipi olarak (ayrıca bkz. iyileşme fazı) tanı konur.

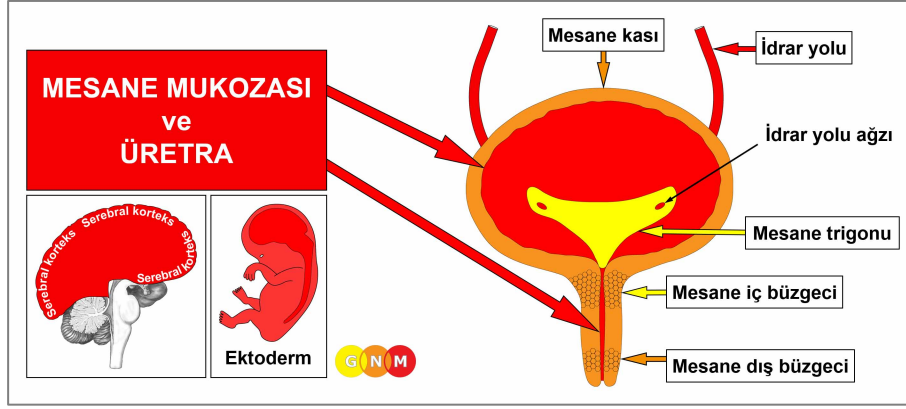
İYİLEŞME FAZI: Çatışma çözümünü takiben (CL), mantar veya TB bakterisi gibi mikobakteriler artık ihtiyaç kalmayan hücreleri ortadan kaldırırlar. Bu da **pürülan tüberküloz sistite**, yani **“bakteriyel mesane enfeksiyonuna”** sebep olur.

NOT: Koli basili (E.coli – Escherichia coli) bakterisinin mesanede de kolonize olduğu keşfedilmiştir (bkz. bağırsaklardaki E.coli enfeksiyonları). Dolayısıyla eğer iyileşme sürecinde E.coli yer alıyorsa “mesane enfeksiyonu” bir “pis lokma çatışmasından” kaynaklanıyordur. Mesane mukozası ve mesane kasındaki “mesane enfeksiyonları” ise bir işaretleme çatışmasıyla ilişkilidir.

İyileşme belirtileri şişkinliğe bağlı olarak **sancı, bulanık bir idrar**, olasılıkla **idrarda kan** (ayrıca bkz. böbrek parenkimi, renal pelvis ve idrar yolları, mesane mukozası ve prostat) ve **gece terlemeleridir**. Çatışma aktif fazının derecesine bağlı olarak, belirtiler hafifle şiddetli arasında değişir.

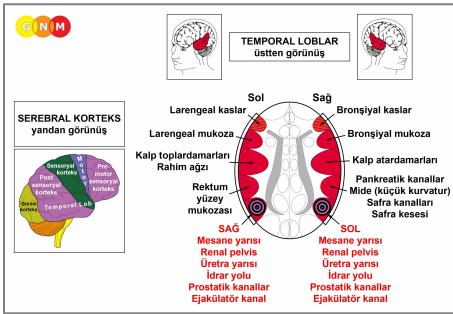
İyileşme fazına mantar katılıyorsa, çatışma nökslerine bağlı olarak askıda kalmış iyileşme fazındaki kişide durum kronikleşir ve bu **“kandida sistitine”** sebep olur. Geleneksel tıbbın iddialarının tersine, mesane trigonundaki endodermal (!) kaynaklı mantar “enfeksiyonu”; idrar yolları, mesane ve üretra (ektoderm kaynaklı) gibi idrar yolları sistemindeki bölgelere “yayılamaz”; çünkü mantar, germ katmanı eşliğini aşamaz!

Aşırı antibiyotik kullanımı dolayısıyla tahrip edilmiş olması nedeniyle **eğer gerekli olan mikroplar çatışma çözümünden sonra ortamda bulunmuyorsa**, ilave olan hücreler yerinde kalır. Sonunda bu kitle bağ dokusu tarafından sarmalanır (enkapsüle). Bu da genellikle bir **mesane polipi** ya da “iyi huylu kanser” olarak teşhis edilir (ayrıca bkz. çatışma aktif fazı).



MESANE MUKOZASI VE ÜRETRANIN (SİDİK BORUSU) GELİŞİMİ VE İŞLEVİ: Mesane ve üretra (sidik borusu) alt üriner sistemi oluşturur. Kadınlarda mesane tam rahimin önünde yer alır, üretra ise vajinanın ön duvarının yanındadır. Erkeklerde üretra penisin sonuna kadar uzanır ve idrarı taşımalarının yanı sıra cinsel boşalma sırasında spermi de dışarı atar. Mesanenin boynunda, üretra prostat ile çevrilidir. Mesane, renal pelvis ve idrar yollarından gelen idrarın geçici olarak depolandığı kaslı, içi boş bir organdır. İdrar mesaneyi üretra vasıtasıyla terkeder. Üretranın iç duvarı düz ve çizgili kaslarla donatılmıştır. “Besin lokmasını” peristaltik hareketlerle bağırsak kanalında ittiren bağırsak kaslarına benzer şekilde, üretranın düz kasları da “idrar lokmasının” akmasını ve bertaraf edilmesini kolaylaştırır. Mesane ve üretranın astarı yassı epitelden oluşur, ektodermden doğar ve dolayısıyla serebral korteksten kontrol edilir.

NOT: Orjinalinde üriner sistem iki mesaneden oluşmaktaydı. Zamanla iki mesane, tek bir organ haline dönüşecek şekilde gelişmiştir (tersine şekilde böbrekler başlangıçta tek bir organken, sonradan ikiye bölünmüştür). Mesane ve üretranın her bir beyin yarı küresinde olmak üzere iki adet kontrol merkezinin bulunmasının sebebi budur.



BEYİN DÜZEYİ: Mesane ve üretranın epitel astarı **temporal loblardan (post-sensoryal korteksin bir bölümü)** kontrol edilir. Mesane ve üretranın sol yarısı sağ temporal lobdan, sağ yarısı ise sol kortikal yarı küreden kontrol edilir (rektum astarınının kontrol merkezinin yanında). Dolayısıyla, beyinden organa çapraz bir karşılıklı ilişki bulunmaktadır.

NOT: Mesane ve üretranın yanı sıra renal pelvis ve idrar yolları da aynı kontrol merkezlerini paylaşırlar. Çatışmanın renal pelvisi, idrar yollarını, mesane veya üretrayı etkileyip etkilemeyeceği rastlantısalıdır. Prostatik kanallar ve ejakülasyon kanalları da aynı beyin rollerinden kontrol edilir.

BİYOLOJİK ÇATIŞMA: Mesane ve idrar yolu mukozasıyla ilişkili biyolojik çatışma, kişinin cinsiyetine, yanallığına (el kullanımı) ve hormonal durumuna bağlı olarak; eril bir **alan işaretleme çatışması** veya dişil bir **işaretleme çatışmasıdır** (bkz. renal pelvis ve idrar yolları).

Cinsiyet, El Kullanımı, Hormon Seviyesi

Biyolojik Çatışma

Etkilenen Organ

Sağ elini kullanan erkek (NHS)
Sol elini kullanan erkek (NHS)
Sağ elini kullanan erkek (DTS)
Sol elini kullanan erkek (DTS)

Alan işaretleme çatışması
Alan işaretleme çatışması
İşaretleme çatışması
İşaretleme çatışması

Sol, mesane yarısı, üretra
Sağ, mesane yarısı, üretra*
Sağ, mesane yarısı, üretra
Sol, mesane yarısı, üretra*

Sağ elini kullanan kadın (NHS)
Sol elini kullanan kadın (NHS)
Sağ elini kullanan kadın (DÖS)
Sol elini kullanan kadın (DÖS)

İşaretleme çatışması
İşaretleme çatışması
Alan işaretleme çatışması
Alan işaretleme çatışması

Sağ, mesane yarısı, üretra
Sol, mesane yarısı, üretra*
Sol, mesane yarısı, üretra
Sağ, mesane yarısı, üretra*

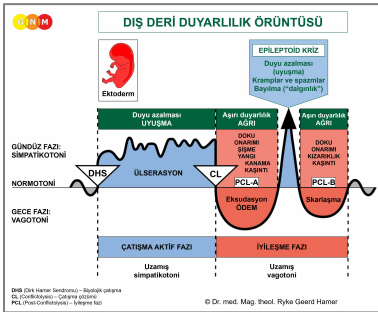
NHS = Normal hormon seviyesi

DTS = Düşük testosteron seviyesi

DÖS = Düşük östrojen seviyesi

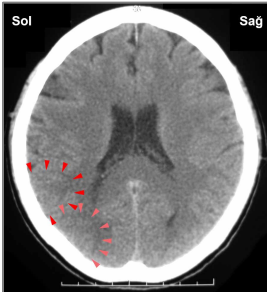
***Sol elini kullananlar için çatışma, beynin diğer yarısına aktarılır.**

Evrimsel gerekçelendirme doğrultusunda **alan çatışmaları, cinsellik çatışmaları ve ayrılık çatışmaları**, **sensoryal, pre-motor sensoryal ve post-sensoryal korteksten** kontrol edilen ektodermal organlarla ilgili ilksel çatışma temalarıdır.



Mesane ve üretra mukozasının Biyolojik Özel Programı, çatışma aktif fazı ve Epileptoid Kriz sırasında duyarsızlaşma ve iyileşme fazında da aşırı duyarlılık ile DIŞ DERİ DUYARLILIK ÖRÜNTÜSÜ izler.

ÇATIŞMA AKTİF FAZI: Çatışma etkinliğinin derecesi ve süresiyle orantılı olarak mesane mukozası ve/veya üretra astarında **ülserasyon**. **Hücre kaybının biyolojik amacı**, alanı işaretlemede daha iyi olabilmek için idrar akışını geliştirmek üzere mesane hacmini büyütme ve üretrayı genişletmektir.



Bu beyin tomografisinde biri mesane mukozasının beyin rölesinde (alttaki kırmızı oklar) ve diğeri rektum rölesinde (üstteki kırmızı oklar – bkz. GNM diyagramı) olmak üzere sol temporal lobdaki iki adet Hamer Odağı görülmektedir. Keskin sınırlar, kişinin bir işaretleme çatışmasında (kişinin kendi sınırlarını koyamaması) ve bir kimlik çatışmasında (“ben nereye aitim?”) aktif durumda olduğunu ortaya koymaktadır.

İYİLEŞME FAZİ: İyileşmenin ilk aşamasında (**PCL-A**) iyileşen bölgedeki ödeme (sıvı birikimi) bağlı olarak **şişkinliğin** eşliğinde doku kaybı, **hücre çoğalması** ile yenilenip tazelenir. Geleneksel tıpta bu durum bir “**mesane kanseri**” veya **tranzisyonel hücreli karsinom** da denilen **ürotelyal karsinoma** olarak teşhis edilebilir (mesane trigonuyla bağıntılı mesane kanseri ile karşılaştırınız). Beş Biyolojik Yasa’ya dayanarak, yeni hücreler “kansere hücreleri” olarak değerlendirilemez çünkü gerçekte hücre artışı yenileyici bir süreçtir. Renal pelvis ve idrar yolları dahil üriner sistemin astarındaki küçük, siğil benzeri kitlelere “**üretral papilom**” denir ve genellikle “iyi huylu” olarak değerlendirilir.

İyileşme belirtileri; idrar yaparken yakıcı bir sancı ile sık sık işeme dürtüsü ve sadece çok küçük miktarlarda idrar çıkışı. Ayrıca **idrarda kan** olasılığı bulunmaktadır (ayrıca bkz. böbrek parenkimi, renal pelvis ve idrar yolları, mesane trigonu ve prostat). Tipik şekilde **sürekli olarak idrara çıkma ihtiyacı ve idrara çıktıktan sonra mesane boşaltımının tamamlanmaması**, yani **mesane tenezmi** denilen rahatsızlık (rektal tenezmi ile karşılaştırınız). SENDROMA bağlı olarak su tutulumu ile genişleyen şişkinlik, üretradaki idrar akışını tıkeyabilir. Bu akut bir tıbbi durumdur! Bu durumda Dr. Hamer, geçici bir mesane katateri tavsiye etmektedir (ayrıca bkz. bir prostat tümörü veya prostat büyümesi sebebiyle erkeklerdeki üriner sistem tıkanıklığı).

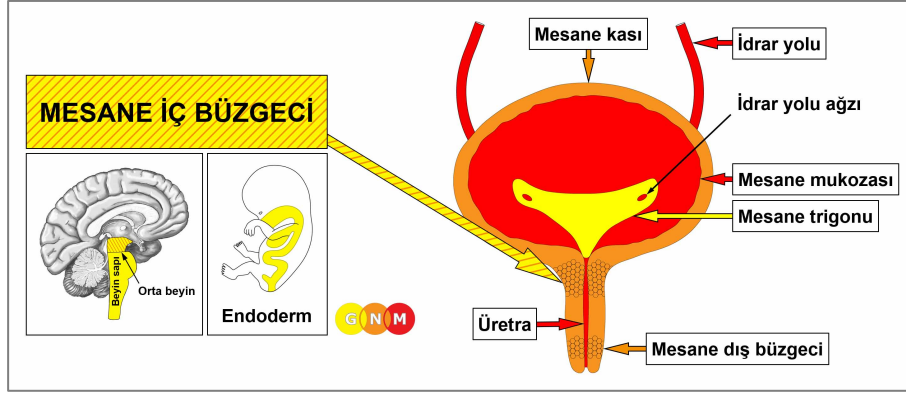
Epileptoid Kriz kendisini, eğer aynı zamanda üretranın iç duvarını çevreleyen çizgili kaslar da Epileptoid Kriz aşamasındaysa, **kramplar veya spazmlarla akut bir sancı** olarak gösterir.

NOT: Sensoryal, post-sensoryal veya pre-motor sensoryal korteksten kontrol edilen tüm Epileptoid Krizlere, çatışmanın yoğunluğuna bağlı olarak **dolaşım sorunları, ani baş dönmeleri, kısa bilinç karışıklıkları** veya tümünden **bilinç kaybı** (dalgınlık veya “bayılma”) eşlik eder. Bir başka ayırıcı belirti, beyin hücrelerinin aşırı miktarda glükoz kullanımı nedeniyle **kan şekeri düşmesidir** (pankreas adacık hücreleri bağıntılı hipoglisemi ile karşılaştırınız).

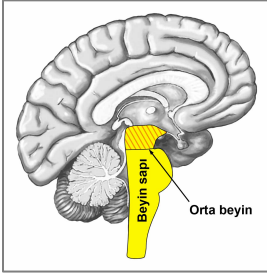
Üretradaki bir **üriner sistem enfeksiyonu (üretit) veya mesane enfeksiyonu (sistit)**, tamir ve yara izi bırakma (skarlaşma) sürecine (**PCL-B**) bakterilerin yardımcı olduğunu göstermektedir (ayrıca bkz. mesane trigonu ve mesane kası bağıntılı idrar yolları ve “mesane enfeksiyonu”na ilişkin üriner sistem enfeksiyonu). Çatışma aktif fazındayken ülserasyonun üretral ve mesane dokusunda derine inmesi halinde, genellikle bu durum söz konusudur. Tekrarlayan “mesane enfeksiyonları”, orjinal işaretleme çatışmasının yaşandığı sırada oluşan yolun tetiklenmesi ile çatışma nükslerine işaret eder.

Üretral gonore (bel soğukluğu) üretranın mukoza zarının yangısıdır ve iyileşme süreci sırasındaki bakteri (*neisseria gonorrhoeae*) etkinliği nedeniyle **akıntılıdır**. Eğer *chlamydia trachomatis* bakterisi söz konusuysa, bu “**chlamydia enfeksiyonuna**” sebep olur. Üretritte de chlamydia bakterisi söz konusudur (ağızdaki chlamydia oral bir çatışmayla, rektumda ve anüsteki ise bir kimlik çatışmasıyla ilişkilidir). Yaygın inançların tersine, bel soğukluğu veya chlamydia, cinsel ilişki yoluyla bulaşmaz çünkü belirtiler zaten bariz şekilde cinsel ilişki alanıyla ilgili bir (alan) işaretleme çatışmasının iyileşme belirtileridir (ayrıca bkz. cinsel ayrılık çatışması ve genital herpes). Eğer belirtilerin şiddeti düşükse bu durum üretit veya sistit olarak teşhis edilir. Üstü örtülü şekilde “balayı sistiti” denilen şeye, sık ve uzun süreli cinsel birleşmeler sebep olur. **NOT:** Erkeklerde üretra aynı zamanda boşalma için de kullanılır. Dolayısıyla üretranın Biyolojik Özel Programı aynı zamanda bir **boşalma çatışmasıyla** da ilişkilidir (ayrıca bkz. ejakülasyon kanalları). Yani örneğin erken boşalma, “boşalamamak, boşalmaya izni olmamak veya boşalmayı istememek”.

Mesane siğilleri üriner mesanede uzamış olan iyileşmenin sonucudur. Bu zararsız kalıntılar hatalı bir şekilde kanser olarak yorumlanırlar. Mesane siğilleri kedi ve köpeklerde oldukça yaygındır (alan işaretleme çatışması!).



MESANE İÇ BÜZGEÇİNİN GELİŞİMİ VE İŞLEVİ: Mesane iç büzgeci, mesanenin alt boynunda konumlanmış halka şekilli bir kastır. Kas mekanizması idrar akışını mesaneden üretraya istemsiz şekilde düzenler. Üretranın alt bitimindeki mesane dış büzgeci, idrar çıkışını kontrol etmede ikinci bir araç sağlar. Mesane iç büzgeci düz kaslardan oluşur, endodermden doğar ve orta beyinden kontrol edilir.

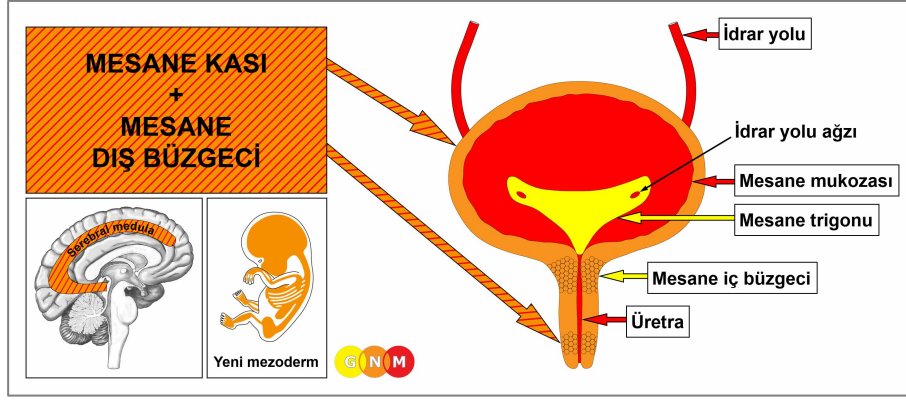


BEYİN DÜZEYİ: Mesane iç büzgecinin düz kasları, beyin sapının en dış kısmında yer alan **orta beyinden** kontrol edilir.

BİYOLOJİK ÇATIŞMA: Mesane iç büzgecinin biyolojik çatışması örneğin idrar kaçırmaya nedeniyle **idrarı geri tutmayı başaramamaktır**. İdrar kaçırmaya, bir prostat ameliyatını takiben en sık rastlanan çatışma sebeplerindedir.

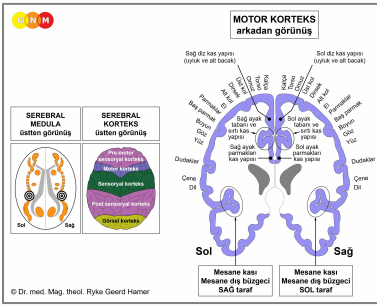
ÇATIŞMA AKTİF FAZİ: Mesane iç büzgecinin hipertonsisi (kastaki gerginlik artışı). **Artan kas gerginliğinin biyolojik amacı**, idrarın mesanede tutulmasını kolaylaştırmaktır.

İYİLEŞME FAZİ: Kas gerginliği normale geri döner. Epileptoid Kriz ağrılı **mesane spazmları** olarak kendini gösterir (ayrıca bkz. idrar yollarında, mesane kasında, mesane mukozasında ve üretradaki spazmlar).



MESANE KASI VE MESANE DIŞ BÜZGECİNİN GELİŞİMİ VE İŞLEVİ: Mesane idrarı depolamaya yarayan içi boş bir organdır. Mesane duvarı idrarı mesaneden üretraya doğru itirme sırasında kasılan kaslardan oluşur; aynı zamanda iki büzgeç (sfinkter) de idrarın boşaltılmasını sağlamak için açılır. Mesane dış büzgeci üretranın en alt bitimini çevreler ve mesane iç büzgecine ek olarak idrarın bertaraf edilmesini düzenleyen ikinci bir kas mekanizmasıdır. Çizgili mesane kasi ve mesane dış büzgeci yeni mezodermden türemiştir ve serebral medula ile motor korteksten kontrol edilir.

NOT: Orjinalinde mesane, guletin bağırsak kaslarının düz kaslarından oluşmaktaydı. Mesanenin çizgili kasları mesane dış büzgeci ile birlikte daha sonraki bir zamanda gelişmiştir ve her ikisi de bilinçli olarak kontrol edilebilen istemli kaslardır.



BEYİN DÜZEYİ: Mesane çizgili kasları ve mesane dış büzgecinin beyinde iki adet kontrol merkezi bulunmaktadır. Kas dokusunun beslenmesinden sorumlu olan besleyici işlevi **serebral meduladan**, kasların kasılması ise **motor korteksten** (serebral korteksin bir bölümü) kontrol edilir. Mesane kasi ve mesane dış büzgeci kaslarının sağ yarısı beyin sol tarafından, sol yarısı ise beyin sağ yarı küresinden kontrol edilir. Dolayısıyla beyinden organa çapraz bir karşılıklı ilişki bulunmaktadır. Buna karşılık mesane iç büzgecinin düz kasları, **orta beyinden** kontrol edilir.

NOT: Mesane kasi ve mesane dış büzgeci, rektum kasları ve rektal dış büzgeç, rahim kasları ve rahim büzgeci ile vajinal kaslar, aynı beyin rollerini paylaşırlar.

BIYOLOJİK ÇATIŞMA: Mesane kasi ve mesane dış büzgeciyle bağlantılı olan biyolojik çatışma **“kişinin kendi yerini yeterince işaretleyememesi”** dir (ayrıca bkz. rektal dış büzgeci). Çatışma tipik olarak, bir alan işaretleme çatışması uzun bir süre çözülemeyince ortaya çıkar. Ayrıca mesane kasları öz-değersizlik çatışmasıyla da ilişkilidir ve genellikle idrar kaçırma yüzünden harekete geçer.

ÇATIŞMA AKTİF FAZİ: Mesane kas dokusunda (serebral meduladan kontrol edilen) **hücre kaybı (nekroz)** ve çatışma etkinliğinin derecesiyle orantılı olarak artan **mesane kasi felci** (motor korteksten kontrol edilen). Aynı zamanda alanı daha iyi işaretleyebilmek üzere idrar akışını artırmak için mesane dış büzgeci açılır (büzgeçlerde hücre kaybı-nekroz-olmaz!).

NOT: Çizgili kaslar, ilgili çatışmaya işlev kaybıyla yanıt veren organ grubuna aittir (ayrıca bkz. pankreas adacık hücrelerinin Biyolojik Özel Programları (alfa adacık hücreleri ve beta adacık hücreleri), iç kulak (koklea ve vestibüler organ) koku alma sinirleri, retina ve gözlerin vitreus gövdesi) veya hiperfonksiyon (periyostum ve talamus).

İstemsiz idrar akışı olan **idrar kaçırma**, hala çözülmemiş olan inatçı işaretleme çatışmasının işaretidir. Çatışmanın yoğunluğuna bağlı olarak rahatsızlık, hafif sızıntıdan (öksürürken, hapşırırken, gülerken) kontrol edilemeyen alt ıslatmaya (ayrıca bkz. dışkı kaçırma) kadar değişir. Ani bir idrar akışı, Epileptoid Kriz sırasında mesane büzgeci açıldığında da gerçekleşir. İdrar kaçırma genellikle kasık kemiği ya da pelvik taban kasları gibi komşu dokuları da içeren öz-değersizlik çatışması yaratır. Dolayısıyla zayıf pelvik taban kasları idrar kaçırma *sebeptir* ancak daha çok süregelen mesane bağıntılı öz-değersizlik çatışmalarının sonucudur. Aynı durum, “mesane enfeksiyonları” için de geçerlidir.

NOT: Mesane iç büzgeci ve rektal büzgeç düz kaslardan oluşurken, **dış büzgeçler** (mesane dış büzgeci, rektal dış büzgeç, rahim büzgeci) çizgili kaslardan oluşur. Dış büzgeçler ters sinir donatısına sahiptir. Yani vagotonide – iyileşme fazında – kasılma yoluyla kapanıyorlar ve simpatikotonide – çatışma aktif fazı ve Epileptoid Krizde – rahatlama yoluyla açılıyorlar demektir. Mesane ve rektumu dikkate aldığımızda, Epileptoid Kriz sırasında, örneğin bir Epileptoid atak boyunca, her iki büzgeç de aynı anda açılarak, istemsizce dışkılamayla birlikte mesanenin tam olarak boşalmasına sebep olur.

Yatak ıslatma (nocturnal enuresis), uyku sırasında istemeden idrar boşaltımıdır. İstemsiz idrar yapma, tipik olarak geceleri yani vagotonideki Epileptoid Kriz sırasında meydana gelir. Kısa süreli simpatikotonik stresle, mesane büzgeci açılarak idrarın salınmasına sebep olur. İnatçı veya kronik yatak ıslatma, kişinin sürekli olarak “gece kazalarıyla” takip eden çatışma nökslerinin olduğunu ifade eder. Çocuklar kardeşleriyle veya okul arkadaşlarıyla, ya da fiziksel, sözel veya sosyal anlamda zorbalıkla karşılaştıklarında alan işaretleme çatışması yaşarlar. **NOT:** Mesanenin tam olarak boşaltımı, *herhangi* bir yoğun Epileptoid Kriz sırasında ortaya çıkabilir.

İYİLEŞME FAZI: İyileşme fazı sırasında mesane kası yeniden onarılır ve mesane büzgeci kapanır. Eğer iyileşmeye bakteri yardımcı oluyorsa bu durum “**bakteriyel mesane enfeksiyonuna**” (ayrıca bkz. mesane trigonu ve mesane mukozası) ve Epileptoid Kriz sırasında ağrılı **mesane spazmlarına** sebep olur (ayrıca bkz. idrar yolları, mesane iç büzgeci, mesane ve üretraya ilişkin spazmlar).

NOT: Mesane kası dahil olmak üzere **yeni mezodermden türeyen tüm organlar** (“ihtiyaç fazlası grup”) **biyolojik amacını iyileşme fazının sonunda** ortaya koyar. İyileşme süreci tamamlandığında, benzer bir türdeki çatışmaya karşı daha iyi hazırlıklı olmak üzere organ veya doku eskisinden daha güçlüdür.

Çeviren: Nermin Uyar

Kaynak: www.learninggnm.com