

ДИНАМИКА ПАРАМЕТРОВ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ, КАК ОСНОВА ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА

Каковы идеальные показатели анализов, к которым нужно стремиться, и которые должны быть у здорового человека? Подобные вопросы задает каждый второй и каждый же второй очень расстраивается, когда узнает, что никаких конкретных, фиксированных цифр нет, а вместо них есть какие-то непонятные колебания. Поэтому мы решили показать вам нечто *особенное*. А именно то, какой колебательный цикл могут проходить *некоторые* параметры мочи у действительно здорового человека и нарушение этих параметров у больных.

pH мочи человека может варьироваться от значений ниже 4 (очень кислая моча) до значений выше 8 (очень щелочная моча). Важно помнить о том, что в классических понятиях нейтральной отметке соответствует $\text{pH}=7.0$, т.е. раствор с таким pH не является ни кислым, ни щелочным. В случае же мочи за нейтральную отметку принимается 6.0, т.е. *формально* кислый показатель. Исходя из этого, при $\text{pH} < 5.8$ о моче говорят как о кислой, при $5.8 < \text{pH} < 6.2$, — как о нейтральной, а при $\text{pH} > 6.2$ — как о щелочной. Хотя — еще раз подчеркнем это — *формально*, все, что ниже 7 — кислое. К слову, в нашей практике встречались образцы мочи с $\text{pH}=3.9$ (состояние было похоже на диатез в фазе обострения) и с $\text{pH}=8.9$ (облученный и оперированный рак мозга, моча имела столь сильный трупный запах, что часть измерительных электродов приходилось сразу выбрасывать, поскольку запах не изводился ничем).

Относительная плотность мочи человека (отн. ПЛ) характеризует то, насколько моча (со всеми растворенными в ней веществами) тяжелее дистиллированной воды, и может варьироваться от 0 (1.000) до значений выше 40 (1.040). Иными словами, если литр дистиллированной воды весит ровно 1 кг, то литр мочи практически всегда весит больше, и этот перевес в некоторых случаях может достигать 40 г. На примере морской соли ниже можно получить представление о том, что такое «лишние» 40 г.



В нашей практике встречались образцы мочи с отн. ПЛ *годами* не поднимавшейся выше 5 (облученный и оперированный рак ЖКТ) и с отн. ПЛ=1.043 (инсулинозависимый диабет).

Ниже вы видите своего рода «светофор» — изменения вида мочи практически здорового человека на протяжении суток. Моча имеет нулевую мутность и, хоть и специфический, но совершенно здоровый запах — не пахнет ни аммиаком, ни мясными помоями, ни аптекой (скорее какими-то вареными овощами).

№1 рН кислый
После сна отн. ПЛ=23



Не моча, а рассол. Максимальное желирование объекта: пик запасания АТФ, большая часть (клеточной) воды находится в связанном состоянии, K^+ удерживается клетками, соли, сахара, остатки аминокислот, метаболиты вытеснены в межклеточное пространство = клеточная «чистка», покой, консервация.

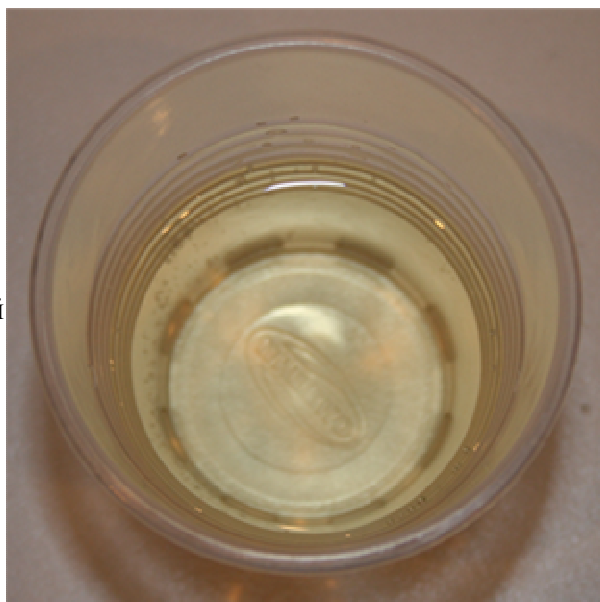
№2 рН нейтральный
После завтрака отн. ПЛ=19



Объект плавно входит в состояние активности.

№3
Время
дневной
активности

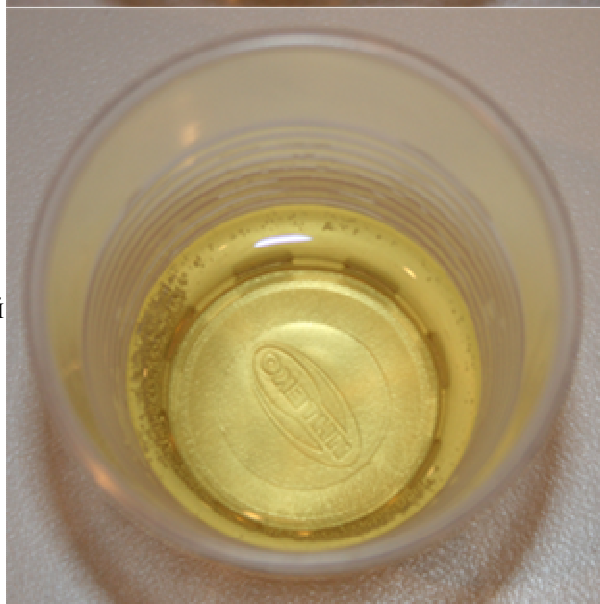
pH
нейтральный
отн. ПЛ=2



То, что называется в обиходе мочой-водой. Минимальное желирование объекта — пик расходования АТФ и перехода воды в обычное жидкое состояние, замещение в клетках K^+ на Na^+ . Соли, сахара, аминокислоты, метаболиты легко входят в цитоплазму. Как следствие клеточная активность, работа, гибель наиболее слабых клеток.

№4
После
обеда

pH
нейтральный
отн. ПЛ=9



Объект потихоньку начинает накапливать АТФ для перехода в состояние покоя.

№5
Перед
отходом ко
сну

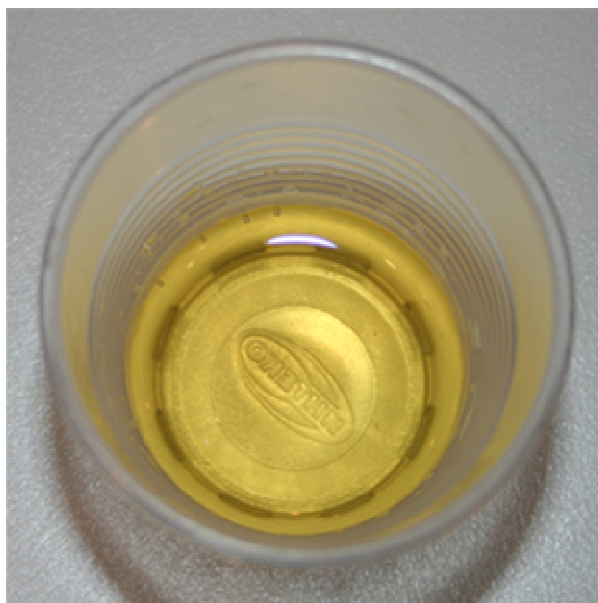
pH
нейтральный
отн. ПЛ=17



Объект синтезировал достаточно АТФ для входа в состояние покоя — по аналогии с тем, как поплавок, поднимающийся вместе с прибывающей в бачок унитаза водой, блокирует дальнейшее ее поступление.

Больные (явно или латентно) люди не демонстрируют подобной лабильности. Моча больного человека на протяжении суток практически не меняется — как правило,

она *постоянно* выглядит либо как образец №1 (после сна), либо как образец №3 (в разгаре активности) да еще нередко приправлена всяким отстоем и мутью.



№6

Так выглядит образец (№6) «идеальной» мочи (pH=6.2, отн. ПЛ=1.016, ОВП=+20мВ), т.е. дневной мочи человека, не имеющего вредных привычек, не пьющего кофе, чай, правильно питающегося, не испытывающего физических перегрузок, психически уравновешенного.

Что же является причиной того, что организм «застревает» в состоянии №1 и со временем начинает приближаться, например, к закупорке сосудов со всеми вытекающими? Что является причиной перманентного пребывания в состоянии анаболизма? Основная причина заключается в том, что процесс восстановления хоть и идёт, но *не* завершается ввиду отсутствия (невозможности синтеза) необходимого звена — налицо *качественная* неадекватность усилий. С течением времени ситуация отягощается тем, что в процессе непрекращающегося анаболизма при остром дефиците катаболизма возникают посторонние элементы/образования, наличие которых само по себе служит источником дополнительных проблем (яркий пример — холестериноз).

Нетрудно понять, почему *традиционные* терапевтические меры не дают выраженного (не говоря уже перманентного) эффекта — они направлены на *следствия*. Ведь тот же холестерин копится в крови не просто так, а *зачем-то*. Поэтому выводить из крови избыток холестерина — это все равно, что отчерпывать воду из дырявой лодки. Точно так же обстоит дело и со всем остальным. Действительно эффективные меры *противоположны* традиционным — необходимо вводить вещества, которые помогут организму *завершить* процесс восстановления (т.е. анаболики). А в случае отягощенности состояния — еще и вещества, устраняющие посторонние элементы, не нанося при этом вреда здоровым частям тела (т.е. селективные катаболики).

Проиллюстрируем изложенное примерами:

1. Ветрянка. Девочка 4-х лет была отслежена в момент заболевания ветряной оспой — до примерно 19:00 она прыгала и резвилась в детском саду, а потом быстро-быстро начала кукситься и легла без сил с все нарастающей температурой. Вечерний анализ мочи дал образец №3 с тем только отличием, что моча была щелочной. На следующее после заболевания утро и три последующих дня ребенок демонстрировал образец №1, сопровождавшийся температурой около +38.5 °С. *Стандартный* подход к лечению такого состояния сводится к сбиванию температуры и совершенно неуместной, запоздалой борьбе с вирусом (когда организм *уже* потерпел фиаско и переводит дух), что сильно затягивает (а иногда и усугубляет) течение болезни. *Правильный* подход заключается в игнорировании как температуры, так и наличия вирусов, но введении в организм больного определенного восстановителя. В этом случае ребенок встает на ноги через 5 дней.

2. Остеохондроз, остеоартрит, коксартроз и т.п., т.е. заболевания, связанные с костным разрастанием или разного рода «отложениями». *Стандартный* подход к лечению таких состояний сводится к закармливанию больного хондропротекторами, гормонами, обезболиванию НПВС и, в конечном счете, протезированию. Поскольку организм и так уже находится в затянувшейся анаболической фазе, анаболические приемы, в конечном счете, приводят лишь к усугублению состояния и возникновению новых патологий. Вы видели хоть одного больного, у которого навсегда исчез артроз после посещения поликлиники? *Правильный* подход заключается, прежде всего, в селективном растворении патологических образований.

3. Транзиторная гипертония (внезапные скачки давления от 120/80 до 170/100), сильно мешающая жить стенокардическими приступами, невозможностью находиться на холоде и выполнять физическую работу, сопровождающаяся систематическими анализами мочи в стиле образца №1 (острого анаболизма), иногда с таким количеством хлопьев, что картина напоминала сметану, разведенную в апельсиновом соке. Все попытки вводить в организм разжижители крови и тому подобные аспирины с тромбоааами (естественно, по предписанию консилиума врачей) закончились не просто провалом, а ухудшением состояния. После трехнедельного введения в организм соответствующих строительно-питательных веществ и полном запрете на любые медикаменты давление зафиксировалось в районе 95/65, скачки практически прекратились. Сравните эту, анаболическую гипертонию с катаболической гипертонией (см. п. 3 ниже).

Получается своего рода парадокс — состояние анаболическое, а меры по его коррекции могут потребоваться любые: еще «более анаболические», катаболические или смешанные.

Аналогично, основной причиной того, что организм застревает в состоянии №3 (катаболизма) и со временем саморазрушается, вплоть до костей, является то, что, поскольку процесс активации (сюда же относится и атака чужеродных объектов) *не* приходит к завершению, ввиду отсутствия *качественно* адекватного задаче вещества, он инициируется беспрестанно. Взять, например, занозу — гной и воспаление вокруг нее возникают *не* потому, что заноза «грязная». А лишь потому, что наши тела не умеют растворять целлюлозу (древесину). Поэтому чужеродный объект будет атаковаться *имеющимися* (качественно неадекватными) средствами до тех пор, пока не расплавится ткань вокруг него, и его не «смоет» вместе с нарывом. Понятно, что для скорейшего разрешения ситуации нужно не обезболивающие пить и не «успокаивать» рану примочками, а человека наркотиками, а выковырять занозу. И чем быстрее, тем лучше. Более того, в ходе некоторых катаболических процессов многие структурные элементы организма изменяются таким образом, что по своим гистологическим свойствам становятся похожими на чужеродные трансплантаты, подлежащие отторжению.

И опять налицо необходимость мер, *противоположных* традиционным — необходимо вводить не тормозящие, не успокаивающие и не иммуноподавляющие вещества, а вещества, которые помогут организму «добить» проблему (т.е. катаболики) и приступить к восстановлению. Плюс, зачастую, вещества, восстанавливающие измененную структуру до состояния, не привлекающего внимания иммунной системы (т.е. в известном смысле анаболики).

Примеры:

1. Пожирание аптечной химии, ТОПОГНЕМных жиров (Термически Обработанных, Перекисно Окисленных, Гидрогенизированных, НЕМетаболизируемых) и прочей, трудно метаболизируемой отравы, провоцирует некоторые опухолевые процессы. Логика предельно проста — пока организм не устранил то, что ему не нравится, он *не* успокоится (см. пример с занозой выше). *Стандартный* подход к лечению таких состояний (а их симптоматика невероятно разнообразна) сводится к заталкиванию в тело еще большего количества аптечных ядов с целью хоть как-то «успокоить» (транквилизировать, заглушить, оглушить, отупить, отключить) пациента. *Правильный* подход заключается в игнорировании симптомов и назначении больному определенного разрушителя (катаболика). У больного, скорее всего, сначала произойдет

ухудшение состояния — зато потом сразу станет легче. Это примерно как вправлять вывихнутую ногу: рывок → адская боль → зато потом никаких костылей.

[В этой связи весьма показателен такой опыт: 2-3 капли токсичного масла наносятся на эпилированную кожу крыс и равномерно распределяются на площади в 1 см². Результат: все животные погибают. Варьирует только скорость наступления смерти. Если возникающее в результате нанесения масла поражение сопровождается глубоким изъязвлением, аналогичным ожогу 3-й степени, то животное погибает примерно через 3 недели. Но если поражение носит лишь эритематозный характер, аналогичный ожогу 1-й степени, то животное погибает через 3-4 дня. Парадокс? Очевидно, что в патогенезе наступления смерти само поражение играет глубоко вторичную роль. Измененные (больные, но все еще живые) клетки характеризуются высоко вредоносной активностью — именно поврежденные клетки производят вещества, ответственные за быструю смерть животного. В сильно некротизированных тканях поврежденные, но все еще живые клетки, тоже имеются, но численность их очень мала. В эритематозном же поражении они составляют основную массу пораженной ткани. Прямая связь между общим отравлением организма и пораженной областью была доказана путем вырезания поражения — если поражение целиком удалялось вовремя, многие животные оставались в живых.]

2. Хирургическое вмешательство, травмы, химиотерапия, облучение — тут все ясно и без комментариев. Из бытовых и всем знакомых прецедентов сразу приходят на ум заусенцы и порезы стеклом. Что первые, что вторые, даже будучи созданы стерильными предметами, чрезвычайно плохо заживают, сильно болят и часто бурно воспаляются (иногда вплоть до панарициев).

3. Стойкая гипертония (180/100), не особо мешающая жить, но вызывающая большие опасения из-за высоких цифр и постоянного шума в голове, сопровождающаяся систематическими анализами мочи в стиле образца №3 (острого катаболизма). Все попытки вводить в организм антиоксиданты, питательные вещества, «укрепители» сосудов и всевозможные «улучшайзеры» метаболизма закончились не просто провалом, а ухудшением состояния. После всего недельного введения соответствующих катаболиков давление уменьшалось до 140/85. Сравните эту, катаболическую гипертонию с анаболической гипертонией (см. п. 3 выше).

Опять парадокс — состояние катаболическое, а меры по его коррекции могут потребоваться любые: еще «более катаболические», анаболические или смешанные.

При правильном понимании ситуации и адекватных назначениях патологическое состояние полностью или частично исчезает, а суточная ритмика во всех случаях автоматически восстанавливается. Те, кому не лень, могут теперь по-другому взглянуть на свои болячки и попытаться понять, что же лежит в их основе. Главное — помнить ключевой принцип цикличности:

ПОЛНОЦЕННЫЕ ПЕРЕХОДЫ МЕЖДУ АЛЬТЕРНАТИВНЫМИ, ЧЕРЕДУЮЩИМИСЯ СОСТОЯНИЯМИ СОСТОЯТСЯ ТОЛЬКО ПРИ УСЛОВИИ УСПЕШНОГО ЗАВЕРШЕНИЯ КАЖДОЙ ИЗ ФАЗ

Какие показатели анализов должны быть у здорового человека?

Каковы идеальные показатели анализов, к которым нужно стремиться, и которые должны быть у здорового человека? Подобные вопросы задает каждый второй и каждый же второй очень расстраивается, когда узнает, что никаких конкретных, фиксированных цифр нет, а вместо них есть какие-то непонятные колебания. Поэтому мы решили показать вам нечто *особенное*. А именно то, какой колебательный цикл могут проходить *некоторые* параметры мочи у действительно здорового человека, получившего острую, принудительную стимуляцию окислительно-восстановительных процессов.

Схема эксперимента чрезвычайно проста: ДЗЧ вечером выпивает 250 мл водки, плотно ужинает традиционной ядовитой пищей и ложится спать; утром принимает 250 мг аскорбиновой кислоты, в течение дня не ест никакой твердой пищи — только несколько раз пьет кофе с сахаром.

Обратите особое внимание на то, что участник эксперимента в течение дня ходил в туалет по-маленькому 25 раз!

Время	pH	ОВП, мВ	Плотность
6:45	5,5	5	28
7:00	5,6	40	28
7:30	5,7	31	25
7:45	5,7	35	22
8:30	5,5	60	20
10:00	5,6	40	18
11:15	6,3	20	14
12:00	6,9	17	13
12:30	6,9	35	6
13:00	7,0	57	3
13:30	7,0	67	2
14:00	7,2	15	0
14:45	7,4	-37	0
15:00	7,5	-45	0
15:30	7,3	-47	1
15:45	6,9	3	2
16:00	6,7	39	4
16:15	6,7	47	5
16:30	6,9	-10	5
17:00	7,3	-40	6
17:15	7,3	-35	7
18:00	7,4	-10	9
19:30	7,0	-5	11
20:30	5,7	42	18
22:30	5,3	40	24

Что же это такое произошло? Цитирую из диссертации А.С. Самохоцкого (см. Литература, А. С. Самохоцкий Диссертация 1946 года):

«...Аналогичные данные сообщает д-р Гайский в статье «Чума у сусликов, зараженных в состоянии глубокой зимней спячки». В этих условиях обмен у спящих сусликов протекает чрезвычайно медленно и животное экономно расходует свои запасы. *Чумная палочка, попав в организм такого животного, может долго оставаться на месте заражения, не вызывая здесь заметной реакции, но при пробуждении животного быстро развивается картина болезни и оно погибает...*»

То, что вы увидели, представляет собой полномасштабную защитную реакцию тела в ответ на умеренную интоксикацию. Те, кто внимательно читал статью «Вегето-сосудистая дистония», вероятно, помнят, что, цитирую:

«...*Средняя величина*, вокруг которой происходят изменения, является первым характерным признаком константы. Вторым характерным признаком является *ритм изменений*. Третьим — *амплитуда изменений...*»

В нашем случае *среднее* значение pH мочи за сутки — 6.3 (чрезвычайно близко к идеалу 6.2), *средний* ОВП — 14мВ (почти идеальный 0), *средняя* относительная плотность — 11 (формально не дотягивает до идеала 16, что для данной конкретной ситуации нормально). *Ритмичность* очевидна — за сутки все параметры проходят весь спектр значений, от низких к высоким или наоборот. *Амплитуда* изменений практически максимальна — от наинизших значений к наивысшим или наоборот. *Экстремально* низкие/высокие значения не рассматриваем — см. ниже.

В *нормальных* условиях никакой человек, естественно, так часто в туалет не ходит — в состоянии метаболического покоя и при одноразовом питании ДЗЧ ходит в туалет 2, максимум 3 раза за сутки.

Пример:

Время	рН	ОВП, мВ	Плотность
10:00	5,2	-13	20
18:00	6,6	22	14
23:00	6,2	30	19

Что же касается больных людей, то они принципиально неспособны демонстрировать подобную биохимическую лабильность. Анализы больного человека отличаются устойчивой стагнацией многих параметров. Так, например, у большинства больных мужчин рН мочи часто держится *постоянно* ниже отметки 5.2, а относительная плотность — *постоянно* выше 22. У многих больных женщин картина обратная — рН мочи чаще *постоянно* повышен (>6.2) при относительной плотности, стремящейся к нулю (<10). Окислительно-восстановительный потенциал мочи у больных людей чаще всего сильно повышен (*постоянно* >80мВ).

Если же говорить об экстремальных значениях, то в нашей практике встречались больные, кто демонстрировал мочу с рН=3,9 или рН=9,1. Неоднократно регистрировались значения ОВП ниже -600 мВ или выше +200мВ. Наблюдали относительную плотность мочи 43 (1,043), а также плотность месяцами не поднимающуюся выше 2-3 (1,002-1,003). Видели поверхностное натяжение мочи 58, а также поверхностное натяжение месяцами не спадающее ниже 72. Ни у одного *здорового* (даже пресловутого практически здорового) человека таких отклонений не может быть в принципе. О чем *конкретно* все это говорит — тема отдельная и весьма сложная (некоторое представление можно получить в Онкоэнциклопедии Ревичи).

Подобные анализы говорят о состоянии больного на порядок больше, чем любые, самые подробные анализы крови.

Вывод из этой заметки очень простой: если в вашем теле подобные колебательные процессы происходят:

- в стороне от нормальных средних значений (нарушены сами константы)
- не ежедневно (нарушена ритмика)
- очень вяло (нарушена амплитуда)

то завестись у вас в теле может что угодно, хоть тараканы. Вероятно, многим будет интересно узнать, что большинство инфарктов и инсультов является прямым следствием попыток тела возобновить колебательные процессы. К сожалению, чаще всего дело заканчивается как у сусликов.

Пример анализов типичного больного мужчины (как правило, курящего):

Время	рН	ОВП, мВ	Плотность
утро	5,7	205	24
день	5,1	246	24
вечер	5,2	215	26

Средние значения за сутки: 5,3 — 217 — 25 вместо 6,2 — 0 — 16. И так почти 365 дней в году.

Пример анализов типичной больной женщины (как правило, ведущей очень здоровый образ жизни, как ей кажется):

Время	рН	ОВП, мВ	Плотность
утро	6,0	110	10
день	7,1	67	7
вечер	6,4	65	5

Средние значения за сутки: 6,5 — 81 — 7 вместо 6,2 — 0 — 16. И так почти 365 дней в году.

Важно подчеркнуть, что это — далеко не все анализы, а лишь те, которые наиболее на слуху, и смысл которых интуитивно понятен даже неспециалисту. В других анализах, как правило, царит аналогичная неразбериха.