

За вредата от тоалетната-стол



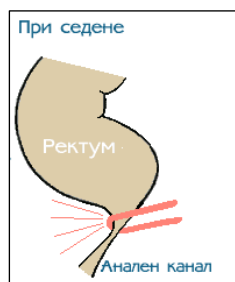
Много от придобивките на цивилизацията като ваната, парното, автоматичната пералня, WC тоалетната са общоприето благо и никой не се съмнява в ползата от тях. Но ще се учудите ли ако разберете, че съвременната седяща тоалетна е вредна за човека и му е докарала цял куп болести.

Защо?

За тези, които сега нямат време да четат цялата статия обобщих нещата с няколко думи. Останалите минете на следващата страница.

Мнозина се опитват да ни убедят, че днешният човек живее по-дълго от прадедите си но истината е, че той страда от много повече болести, отколкото в миналото а списъкът им се увеличава с всяка измината година. Българинът е бил известен в цяла Европа с дълголетието си? Какво се е случило, къде е здравето му днес?

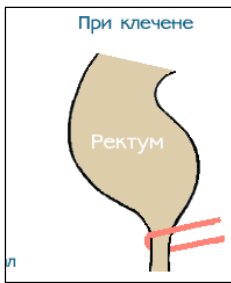
Знаем, че тялото с чиста кръв и органи има силна имунна система. Там болести не виреят. Съществуват по света общности (като Хунза в Пакистан), където подобно на дедите ни живеят по 90-100 години и рядко страдат от рак, хемороиди, диабет, апандисит и т.н. С какво толкова се различават от нас та се радват на такова здраве и жизненост? Характерното за тях е, че уважават телата си като дар от природата и ги пазят чисти. Как? От една страна периодично постят (въздържане от храна) през което време тялото си почива и се възстановява (нашите баби и дядовци също са спазвали християнските пости). От друга страна се хранят просто и здравословно и поддържат червата си чисти. А в големия град ние не само че тъпчем телата си безразборно с нездравословни храни но и носим в червата си всевъзможни гниещи отпадъци. В крайна сметка замърсяването отвътре води до преждевременно състаряване отвън и амортизиране на тялото. Защо се получава това?



На края на дебелото ни черво (виж илюстрацията в дясно) се намира разширение, което се нарича **ректум**. Когато се запълни ние изпитваме познатото чувство, че трябва да отидем до тоалетната. И за да не стане авария докато намерим подходящо място, природата мъдро ни е устроила така, че когато вървим или сме седнали прохода (аналния канал) през който отпадъците излизат навън е стегнат със специална примка и прегънат (виж илюстрацията в ляво) така, както сгъваме градински маркуч за да спрем струята.



РЕКТУМ → Зигмуйдно черво



А как се отпуска? Това го знае всяко дете - **достатъчно е да клекнете и примката автоматично ще се разхлаби** (виж илюстрацията в ляво). Проходът е отворен и отпадъците могат да бъдат безпрепятствено изхвърлени навън.

В какво тогава е проблема?

Съвременната тоалетна-стол не е конструирана с оглед физиологичните ни особености. За да се изходим ние сядаме на нея. А знаем вече, че **когато сме седнали, ректалния проход е прегънат под 90 градуса и стегнат** от примката на пуборекталния мускул (може за по-нагледно да видиш илюстр. 3 накрая). Нужни са допълнителни усилия за да изтласкаме отпадъците през стеснения канал. Ефекта е опустошителен. От една страна прекомерните напъни ден след ден увреждат стените на аналния канал (а той няма рецептори за болка и затова не можем да усетим как се уврежда) а увеличеното налягане изтласква отпадъци обратно в тънките черва, замърсявайки ги. От горе на всичко изхождането е непълно. Затова в червата остават отпадъци, които се просмукват обратно в кръвта, замърсяват я а тя разнася отровите по органите. Така, замърсявайки тялото си причиняваме цял букет болести.

Запомнете едно: Така, както природата е устроила тялото ни да спи в легнало положение е предвидила да се облекчаваме в клекнало положение. Нашето тяло е безценен инструмент, резултат от милиони години еволюция. Изчислено е, че в него има потенциал да живее минимум 120 години. А ние едва успяваме да изкараме половината и напускаме този свят болни и грохнали. Уви, човекът изглежда е единственото същество на Земята, което с глупостта си върви срещу собствената си природа и така си докарва само болести и страдания. А всичко е толкова просто...

* * *

Кратка история на седящата тоалетната

От незапомнени времена човек е заставал в клекнала стойка при дефекация. И до днес децата от всички култури инстинктивно приемат това положение на тялото за да се облекчат. И колкото да изглежда необичайно за някого, който е прекарал целият си живот лишен от тази естествена опитност, това е природният начин, по който човешкото тяло е създадено да функционира.

Модерната тоалетна-стол е неотдавнашна измислица. Става популярна първо в Западна Европа преди по-малко от два века и то по случайност. Изобретена в Англия, от дърводелец и тръбопроводчик, и двамата без грам понятие от физиология, тя бива инсталирана в първата вътрешна тоалетна. "Порцелановият трон" бързо навлязъл в употреба, тъй като седящата стойка изглеждала по-достойна от клекналата – по-прилягаща на аристократи и царе. Мнозина опоненти твърдят, че тоалетните-стол са използвани още от времето на древен Рим, но [това не е така](#).

Още два фактора подпомогнали възприемането на новия "воден клозет" (WC). Първият бил, че в стремежа си да модернизира съществуващите санитарни условия, обществото приело, че седящите тоалетни са единствена алтернатива за водна тоалетна. Това предположение било неправилно, тъй като редом с "порцелановите тронове" били създадени „клекала“.

Вторият фактор е, че през 19-ти век в Англия всякакви открити дискусии по темата се смятали за крайно неприлични. Множество лекари още по онова време са изразявали сериозна загриженост за неестествената поза на тялото свързана със седенето на тоалетната, но подобно на новите дрехи на царя, това било немислимо за публично обсъждане. Вместо това британците избрали в името на модата да се насилват с изкривени гримаси върху неудобните си и неефективни нововъведения.

Остатъка от Европа, също както Австралия и Северна Америка, скоро последвали примера, инсталирайки седящи тоалетни във всички нови сгради, тъй като ни най-малко не искали да изглеждат нецивилизовани или по-изостанали от Великобритания – най-могъщата и влиятелна империя за времето. И така, само за няколко десетилетия по-голяма част от индустриализирания свят възприел "Новият Трон на Царя".

И днес много доктори отдават отклонението от естествения начин на функциониране на човешкото тяло като причина за няколко често срещани заболявания. Сравнени с "неразвитите" страни, хората от цивилизованите нации имат видимо по-високи нива на заболяемост от апандисит, хемороиди, рак на червата, рак на простата и възпаления на червата.

Да разберем сега как съвременната тоалетна може да причини тези заболявания. В края на статията има илюстрации, към които често ще се обръщаме за нагледно обяснение.

Апендицит



В ниската част на коремната област се намира цекума (сляпото черво), малка торбичка, откъдето започва дебелото черво. Апендикса е тънка тръбичка закачена към цекума, чиито край е отворен към него (виж илюстр. 1). Когато този канал се запуши с втвърдена фекална материя, апендикса се инфектира. Налага се незабавна хирургическа намеса за да се избегне трагична смърт.

Защо се получава това запушване?

Отпадъците от тънките черва навлизат в цекума в течно състояние и по пътя си към ректума постепенно се втвърдяват. Тази промяна настъпва, защото водата бива извлечена през стените на дебелото черво, което може да се сравни с "огромна сушилня".

Цекума, от където започва дебелото черво, трябва да съдържа само течности и да бъде изстискан до празно състояние всеки ден. В противен случай непрекъснатият процес на изсушаване бързо ще втвърди отпадъците и ще ги задържи в апендикса. Това е, което се случва с хората в съвременните държави, **заради седящата поза, при която физически е невъзможно да се изстиска сляпото черво.**

От друга страна при клекнала поза дясното бедро подкрепя цекума и естествено го изстискава до празно състояние. В същото време лявото бедро поддържа и изпразва сигмовидно черво пре-

дотвратявайки така дивертокулоза (diverticulosis). С две думи, подкрепата на червата при клечене поддържа дебелото черво чисто и здраво. (виж илюстр. 4)

Факт е, че **апандисита е бил непознат до изобретяването на седящите тоалетни в средата на 19^{ти} век**. Региналд Хебер Фитц, професор по патологична анатомия в Харвард е първият, открил и дал име на болестта през 1886 г. Скоро процедурата по премахване на апендицита (novel appendectomy) става общоприета практика сред британските лекари. През 1901 г. Алберт Едуард (синът на кралица Виктория) получава пристъп от апандисит, само две седмици преди короняването му като крал Едуард VII. Успешното отстраняване на апандисита му окончателно утвърждава тази процедура сред официалните британски медицински власти.

Статистиките сочат, че всеки 4^{ти} човек в развитите страни е опериран от възпален апандисит. Той е най-честата причина за спешни коремни операции при децата. Най-засегнати са младите във възрастовата група 11 - 20 години.

Съвременната медицина разпознава апандисита главно като болест на западния свят. Те отдават това на ниското количество баластни вещества [несмилаеми вещества от растителен произход, които приети чрез храната, й придават обем за да може лесно да се предвижва от перисталтиката на червата; такива са например пшеничните трици, праскови, тиква, картофи] в храната. Ето извадка от списанието *"Летописи на спешната медицина"*:

В обществата с висока употреба на баластни вещества (например Азия, Индия и Африка) случаите на апандисит са 1/10 сравнени с области, където поемането на баластни вещества е малко (Европа, Северна Америка). Африканските имигранти, приели американския начин на хранене имат и съответно увеличен риск от апандисит.

Баластната теория така и не бива затвърдена с нужните доказателства, защото независимо от диетата, цекума може да бъде напълно изпразнен само в клекнала поза. Причината защо се срещат случаи на апандисит и в страните от третия свят е, че жителите в по-големите градове (не желаещи да изглеждат изостанали) са приели модернизирания западни тоалетни. Ето коментар на www.webhealthcentre.com, индийски здравен портал:

Тоалетните от индийски тип са по-благоприятни за пълно изчистване на червата от западните. С навлизането на тоалетни от западен тип в Индия се е увеличил броят на случаи от апандисит.

Запек

Запекът, особено в хронична форма, може да има опустошителен ефект върху червата. Дебелото черво непрекъснато извлича вода от съдържанието си за да трансформира течните отпадъци в твърди. Като резултат, ако изпразването не е редовно или пълно, отпадъците изсъхват и се циментират към стените на червото. Доказано е, че запекът увеличава риска от рак на червата и има отношение към дивертикулоза и апандисита.



Клеченето може да бъде ефективно за премахване на запека по следните начини:

1. Гравитацията върши по-голяма част от работата. Тежестта на торса ляга върху бедрата и естествено притиска червата. Слабото притискане от диафрагмата допълва силата на гравитацията. (виж илюстр. 4)
2. Илеоцекалният клапан между дебелото черво и тънките черва (виж илюстр. 1) е правилно разположен, позволявайки на червото да бъде напълно подложено на натиск. Натиска създава естествен разхлабващ ефект. В седяща поза ИК клапата не е застопорена и често изпуска, отнемайки налягането нужно за дефекация.
3. В клекнала поза се разхлабва конструкцията между ректума и аналният канал, предназначена да предотвратява инконтиненция (неволно изпускане) (виж илюстрацията). Ректума винаги е запушен от пуборекталният мускул, освен при клекнала поза. А стягането не се усеща, защото в тази област няма рецептори за болка. По-долу ще видите по-подробно обяснение и клинични изследвания на аноректарния ъгъл (anorectal angle).

Дебелото черво има входен клапан (илеоцекален - виж. илюстр. 1) и изходен клапан (пуборекта-

лна примка, на илюстр. 3) Тялото ни е създадено така, че клякането едновременно да **затваря** входния клапан към тънките черва, да **отваря** изходния клапан, и да изправя ректалния проход, (виж на илюстр. 2 как при седнала стойка ректалния проход е като прегънат маркуч и отпадъците трудно минават през него) и това позволява най-ефективно изпразване на червата. **Ала седящата стойка спира функцията на тези два клапана, правейки дефекацията трудна, непълна, замърсявайки същевременно тънките черва.** Защо? Защото тази стойка изисква повече усилия (поради блокирания проход) и това изтласква част от отпадъците обратно нагоре към тънките черва.

Мускула на сфинктера, често смятан за външния клапан, всъщност не може да предпази от изпускане. Той служи за волево задържане в кратковременни аварийни ситуации... :-). Сигурното затваряне на отхода изисква пуборекталната примка да е непрекъснато затегната. (виж илюстр. 2) Затова когато сме седнали на тоалетната тя не се разхлабва и се налага насилствено да я разтваряме с напън. Напъването с годините докарва хемороиди и ред други деформации.

От доста време насам докторите са установили връзката между седящите тоалетни и запекът. Например, F.A. Hornibrook в книгата си "Културата на корема", публикувана през 1933 г. казва:

Нормалната човешка поза по време на дефекация е клекналата, каквато се наблюдава при работниците на полето и местните хора. Модата, прикриваща се под облика на познатите ни водни тоалетни, не позволява изпразването на долната част на червата по начина предвиден от природата. Така в момента на дефекация се упражнява голям натиск върху всички вътрешни органи... Не е пресилено да се каже, че възвръщане към клекналата поза само за себе си би помогнало в голям мащаб да излекува най-големият бич на бялата раса – запекът.

Същото гледище срещаме и в "Често срещани неразположения", написана от H. Aaron, публикувана през 1938 г.:

Когато бедрата са притиснати към коремните мускули в тази позиция, налягането в корема многократно се увеличава, така че ректума по-добре се изпразва. Нашите тоалетни не са конструирани с оглед физиологичните ни потребности.

Колит и болест на Крон

Уебсайта www.crohnsresource.com дефинира болеста на Крон като:

... хронично и сериозно възпалително заболяване на храносмилателния тракт, което засяга повече от 500'000 американци. Хората с болест на Крон изпитват различни симптоми, включващи диария, коремни спазми и болки, температура, ректално кървене, загуба на апетит и тегло... Причината за болестта на Крон е все още неизвестна.

Inflammatory bowel disease включва болест на Крон, улцерозен колит и синдром на дразнимото дебело черво. Около 2 милиона американци са за засегнати от нея а последствията са опустошителни. В 20-30% от случаите се налага хирургическо премахване на дебелото черво. До 70% от пациентите с болест на Крон рано или късно в процеса на развиване на болестта имат нужда от хирургическа намеса за изрязване на част от червата.

IBD почти без изключения е ограничена до страните в западния свят. От статията от 1997 г. в The Lancet научаваме, че "последната половина на този век е белязана с увеличаване случаите на Inflammatory bowel disease в развитите страни" но и отбелязва "... очевидната липса на IBD в развиващите се страни."

Западните доктори отново са опитали да обяснят несъответствието фокусирайки само на диетата:

От друга страна установено е, че разпространението на болестта на Крон е високо сред обществата консумиращи по "западно меню", докато тя практически е неизвестна в страни с примитивно хранене.

(www.soulhealer.com/crohnsdis.htm)

Ала търсенето на диетично обяснение на болестта се оказало неуспешно. Според уебсайта на Чикагската университетска болница, "не е открита диета с доказано ефективно действие за предпазване или лекуване на болестта".

Какво ли предпазва хората от развиващите се страни от това опасно възпаление на червата?

Най-вероятният фактор е естественият начин на дефекация, който може да обясни епидемиологичните данни и скорошното появяване на inflammatory bowel disease. Неслучайно появата му съвпада с широкото разпространение на седящите тоалетни от 1850 година нататък (виж история на болестта на www.cdfa.org/medcentral/research/overview/history.htm)

Вече знаем, че седящата поза не позволява на дебелото черво да бъде напълно изпразнено. Резултата е фекален застой, който създава подходяща почва за инфекции и възпаления. Възпалението може да приеме формата на апандисит, дивертикули, болест на Крон или язвовиден колит (ulcerative colitis) в зависимост от вида бактерия намираща се там. Това обяснение се потвърждава от статия публикувана наскоро в HealthScout News със заглавието "E. Коли свързана с Inflammatory Bowel Disease" (5 Февруари 2002 г.)

"Чревна инфекция причинена от колонии на прости бактерии (common bacterium) е вероятно свързана с развитието на inflammatory bowel disease, показват последните изследвания. Френски учени съобщават, че увеличена имунна реакция между Escherichia coli и клетките покриващи стените на червата може да причини симптоми наблюдавани при хора с inflammatory bowel disease (IBD).

Друга форма на болестта на Крон е илеитис ("ileitis") или възпаление на тънките черва. Това се причинява от фекална материя изтласкана обратно в тънките черва по време на дефекация. Илеоцекалната клапа е предвидена да предпазва от този токсичен "обратен поток" – но само в клекнала поза. ИК клапата трябва да е подкрепена от бедрата за да устои на налягането възникващо при изпразване на червата. (виж илюстр. 4)

Определено има нужда от още изследвания в тази насока, но всеки гастро-ентерологист би могъл да помогне на страдащите от болестта на Крон или колит хвърляйки повече светлина върху проблемите свързан с позата на тялото при дефекация.

Рак на червата

Дебелото черво е тръба, дълга около метър и половина, която поема отпадъците от тънките черва, и ги придвижва с вълнообразни контракции към ректума. По време на този процес водата непрекъснато се извлича за да се уплътнят фекалиите. Този процес на сушене и втвърдяване изисква съдържанието на червата да се движи, за да се избегне преждевременно втвърдяване и полепване по стените на дебелото черво.

80% от колоректалните карциноми се развиват в цекума (сляпото черво), сигмуида и ректума (виж илюстр. 1). В седяща поза е физически няма начин да се упражни механическо притискане за да се изстискат тези области. За пълно изчистване на тези части на червата цекума има нужда от подкрепата на дясното бедро, сигмуида има нужда от подкрепата на лявото а ректума трябва да се освободи от хватката на пуборекталния мускул, който има за задача да предотвратява инконтиненция (неволно изпускане) (виж илюстрацията 3 на пуборекталната примка). **Всички тези изисквания са естествено изпълнени при клекнала поза на тялото.**

Като резултат от използването на седящи тоалетни, хората от нашето общество имат слоеве от втвърдени отпадъци полепнали по стените на дебелото черво. Прохода се стеснява, увеличавайки излагането им на канцерогени. Втвърдени от полепналата материя стените на червото не могат нормално да изпълняват перисталтичното си действие, което увеличава времето за придвижване и изхвърляне на отпадъците (запек). Списанието Епидемиология (USA) съобщава, че по-бавното придвижване на фекалиите и запек са рискови фактори за рак на дебелото черво и ректума в средна и по-късна възраст.

Епидемиологичните проучвания са показали, че в страните от Третият свят има много по-ниски нива на тази болест, отколкото в западните. Официалната медицина дълго време вярваше, че това се дължи на по-голямото количество баластни вещества в храната им. Ала най-малко две скорошни изследвания показват, че предположенията не са напълно верни:

1. Изследването върху медицински сестри проведено от Харвардското училище по обществено здраве, използвайки данни за 80'000 медицински сестри, събрани от 1980^{та} година

насам, не открива връзка между хранителните им навици и предразположеност към рак на червата. (http://www.cancer-options.net/html/dietary_fiber.html)

2. Резултата от изследването на Арizonския раков център върху пшеничните трици не успя да покаже, че хранителния баласт може да предпази от възвръщане на полипи, които причиняват рак на дебелото черво. Резултата от изследванията, публикувани в английско медицинско списание, оставя изследователите разочаровани.
http://www.azcc.arizona.edu/in_print/N_Summer2000/n_polyyps_recur.htm

Тези изследвания са се провалили в опита си да покажат връзка между храна и рак на червата, защото никоя диета не може да компенсира неестествения и неефективен седящ метод на изпражнение на червата. Радиологични проучвания (виж "Клинични изследвания" по-долу) са доказали, че клеченето е много по-ефективно за предпазване от фекален застой, особено в областите на червото най-поддаващи се на рак.

Замърсяване на тънките черва

Д-р. Уилиам Уелс, от Сан Диего, открива, че използваето на седяща поза за евакуация предизвиква замърсяване на храносмилателната система при повече от 70% от популацията.

Илеоцекалния клапан между тънките черва и дебелото черво е създаден да предотвратява обратно проникване на отпадъци (виж илюстр. 1). Ако той пропуска, токсична фекална бактерия (E coli) може да проникне в тънките черва и да се абсорбира в кръвния поток. Това натовазва черния дроб, който трябва да премахне тези токсини.

Инвазията на фекална бактерия може също да предизвика възпаление на тънките черва. Това състояние се нарича "илеитис" и представлява форма на Inflammatory Bowel Disease.

Съвременната медицина счита увреждането на илеоцекалния клапан за наследствено обусловено, тъй като това обратно изпускане се открива твърде често при операции на червата и изследвания на червата с помощта на бариева клизма. Но как е възможно мъдрата природа да допусне такава непонятна грешка?

Д-р. Уелс прави две открития, които дават отговор на този въпрос. Първо открива, че обратно проникване на отпадъци в тънките черва става само при прилагане на натиск за изпражнение на дебелото черво в седнало положение. Второто, че при естествена клекнала поза ИЦ клапан функционира правилно. Подкрепян от бедрата, той плътно прилепва и затваря прохода между тънките и дебелото черва, не допускайки отпадъчен материал да се върне обратно.

Дивертикулоза

Дивертикулоза е болест, при която стените на дебелото черво изтъняват, отслабват и се покриват със балонообразни издутини. В развитите страни, като Америка, близо 50% от хората между 60 и 80 и почти всеки над 80 години има дивертикулоза. Когато издутините се инфектират или възпалят имаме налице състояние наречено дивертикулит. То може да доведе до усложнения като инфекции, пробив, разкъсване, блокаж или кървене на червата.

Тези статистики изглежда внушават усещане, че дивертикулозата е неизбежен спътник на третата възраст. Но Д-р. Берко Сикиров, израелски лекар провел успешно [клинично изследване](#) за използване на клекнала поза за лекуване на хемороиди, не е съгласен:

"Хронична дивертикулоза се развива като резултат от прекомерно напъване при изхождане поради навикът червата да се изпразват в седяща поза – типична за западния човек. Силата на натиск в този случай е 3 пъти повече, отколкото в клекнало положение."

Червата на човека от развитите страни цял живот са изложени на прекомерно налягане, което причинява изпъкване на мукозата през стената на червото в точките с най-малко съпротивление. Тази хипотеза се потвърждава от скорошни изследвания доказващи географската обусловеност на това заболяване.

Конвенционалната медицина и до ден днешен не прави връзка между клекналата поза и дивертикулозата. Както с апандисита, рака на червата и inflammatory bowel disease, докторите се опитват да обяснят мистериозният имунитет на "кличащите общности" с хранителните им навици. Едно такова изследване е направено от Клиника Майо в САЩ:

Дивертикуларната болест възниква редом с появата на стоманените мелници, които премахват баластното съдържание от житните и други зърна. Болестта е била за пръв път регистрирана в САЩ в началото на 19^{ти} век. По това време преработените храни навлизат в американската диета. Дивертикулната болест е по-често срещана в индустриализираните държави, като САЩ, където преобладава бедна на баластни вещества диета. Тази болест е рядко срещана в страни, където хората консумират храна с високо съдържание на баластни вещества.

Специалистите правилно свързват появата на дивертикуларната болест с техническото нововъведение, но не с вярното! Устройството, което има опустошителен ефект върху червата не е металната мелница а "порцелановият трон" (спомнете си – бива изобретен по същото време).

Седящата поза предизвиква дивертикулоза по множество начини. Болестта обикновено възниква в сигмовидно черво, където неизхвърлени отпадъци се акумулират и са подложени на постоянно налягане (виж илюстрацията на червата). В седящо положение пуборекталния мускул свива ректума (виж илюстрацията) и предизвиква натрупване на отпадъци в сигмовидно черво. Седенето също лишава сигмуида от естествената поддръжка осигурена от лявото бедро.

Хемороиди

Изследвания сочат, че в индустриализираните държави, половината от популацията над 40 годишна възраст страда от хемороиди.

Липсата им всред "изостаналите" държави обикновено се обяснява с "диета богата на баласт".

Баластната теория така и не бива доказана, но през 1987 г. д-р. Берко Сикиров, израелски лекар, извършва клинично изследване за да докаже напълно различна теория, обясняваща високата хемороидна заболяемост в западните държави. Изследването по-късно бива публикувано в Израелски медицински журнал и Townsend Letter for Doctors and Patients.

В изследването са участвали двадесет пациенти, мъже и жени, с хемороиди в различни стадии. Всичките от тях са преминали през стандартно лечение с никакъв или минимален успех. Двама от пациентите са били с лигатура (превързване на кръвоносен съд) за да бъде търпимо състоянието им.

Пациентите минават през проктоскопия в началото на изследването. Те били инструктирани да променят тоалетните си навици: да чакат докато позива за дефекация е силен (за да се избегне напъване) и да използват естествена клекнала поза за изхождане. Проктоскопията била повторена след една година.

От 20-те пациенти, 18 съобщили за значително намаляване или изчезване на симптомите в период 4-5 дена до няколко месеца. Липсата на подобрение при останалите двама с лигатура се отдава на хирургическата обработка, довело до изменения.

Контролните прегледи, 12 и 30 месеца по-късно, на 18-те пациенти (90% от участвалите в изследването) не откриват симптоми.

Заключението на д-р. Сикиров е, че хемороидите се причиняват от непрекъснатото дразнене и увреждане поради прекомерното напъване в седяща поза. Допълнителния натиск е необходим за да се преодолее примката на ректума, създадена да затваря отхода (виж илюстр. 2). Когато тази непрекъсната атака срещу тялото се премахне чрез завръщане към естествена клекнала поза, процеса на възстановяване започва сам.

Подробности по изследването на д-р. Сикиров можете да откриете тук : [U.S. Patent 4.819.277](https://www.uspto.gov/patent/publications/4819277) (виж Clinical Data).

Клинични изследвания сравняващи седенето с клеченето. Заклучение. Обобщение.

През април, 2002 г. ирански радиологист д-р. Саед Рад публикува изследване сравняващо ефективността на седенето и клеченето при дефекация. Едно от заключенията му е свързано с тип херния, позната като ректоцела ("rectocele"), която представлява изпъкналост на предната стена на ректума във вагината.

Тридесет човека взимат участие в експеримента – 21 мъже и 9 жени, на възраст от 11 до 75 години. Всеки пациент получава бариева клизма, така че вътрешната механика на дефекацията да може да се фотографира на рентгенова снимка. Направени са снимки в клекнала и седяща поза.

Използвайки тези снимки, д-р. Рад измерва ъгъла, където края на ректума се съединява с аналния канал. В тази точка на свързване се намира мускул, наречен "пуборектална примка" който предотвратява изпускане (виж илюстр. 3). Д-р. Рад открива, че когато доброволците използват седящи тоалетни, средният ъгъл в тази точка на сгъване е 92 градуса, което изисква от тях напъване. Когато използват клекало, измереният среден ъгъл бил 132 градуса. При някои ъгълът изчезвал напълно, правейки прохода идеално прав.

При използването на клекала всички доброволци съобщават за пълна евакуация: "Разхлабването на пуборекталната примка е лесно а изправянето на ректума и аналния канал подпомага евакуацията. Аналният канал се разтваря широко и не се забелязва прегъване в края на ректума."

В седяща поза, " се забелязваше видимо прегъване в края на ректума, предразполагащо го към ректоцелна формация (rectocele formation), а разхлабването на пуборекталис беше непълно." Всички участници в експеримента съобщават за усещане за непълна евакуация в седяща стойка.

Д-р. Рад заключава, че клекналата поза е "по-удобен и ефективен начин за евакуация на червата". Пълна информация за изследването можете на адрес <http://www.ams.ac.ir/AIM/0252/0252115.htm>

Всеки лекар и физиолог ще се съгласи, че клечането е най-естествената и здравословна поза за изхождане. Това е и заключението на професор Александър Кира от Корнелския университетски център за изследване на бита и околната среда, които провежда седем годишно изследване върху дизайна на съвременната тоалетна. Книгата му от 1976^{та} година "Тоалетната", съдържа множество цитати от западни учени, които не одобряват седящата поза за изхождане.

Д-р. Уилиам Уелс в статията си "Скритото престъпление на Порцелановия Трон" казва:

Дизайна на съвременната тоалетна е създаден при абсолютно незачитане на анатомията на човешкото тяло. Върху конвенционалната западна тоалетна се упражнява натиск във корема чрез изтласкване на диафрагмата надолу по такъв начин, че всичките органи се увисват надолу а илеоцекалната клапа е недобре затворена.

Модерната тоалетна парализира коремните мускули. Тези мускули рядко се използват от обездвижения човек, но когато той е седнал на обичайната водна тоалетна, той и да иска не може да ги използва пълноценно.

За заключение можем да кажем че през последните 150 години, хората от западния свят са станали неволни участници в експеримент. Те са били принудени да усвоят седящи тоалетни, докато останалите две трети от света (контролната група) продължават да използват естествената клекнала поза.

Резултатите показват очевидна разлика в чревното и урологично здраве при двете групи. Следните болести са изключително характерни за западния свят: апандисит, рак на червата, увеличение на простата и рак, дивертикулоза, инконтиненция на мехура, хемороиди и inflammatory bowel disease.

Не подозирайки за този експеримент, западните доктори опитаха да припишат несъответствията на хранителните фактори. Ала опитите им да докажат, че диетата е водещ фактор не успяха. При все това са единодушни, че това са болести на западния свят. Озадачени сме от имунитета в развиващите се държави и не знаем как да го постигнем в нашето общество.

Много средства и труд се хвърлят за изследвания и откриване на причината за тези заболявания. Въпреки усилията прогреса на традиционната медицина в тази насока е малък. Поради навика си да изследват всяко заболяване поотделно учените са пропуснали да забележат важно съвпадение – непознатите преди заболявания изведнъж стават общоразпространени през последната половина на 19ти век. А това веднага навежда на въпроса *"Толкова много нации, всяка с различни навици, обичаи, храна, начин на живот. Какво е общото, което се е променило при всички тях?"* Очевидният отговор е: *"начинът на изхождане"*. По-горе разгледахме как всяко заболяване е анатомично предопределено от този факт. И връзката между двете се потвърждава от липсата на заболяванията всред "клекащите нации". Една такава нация са и японците – народ известен с дълголетието и интелигентността си. В мъдростта си те и до ден днешен използват модернизирания вариант на познатите ни клекала (виж снимката в дясно)

Тук някои биха се запитали: какво да правя като вече имам "порцеланов трон" във вкъщи. Най-добрият вариант е да се подмени с клекало. Но ако нямате възможност, можете да приспособите съществуващата ви тоалетна, така, както направих аз:

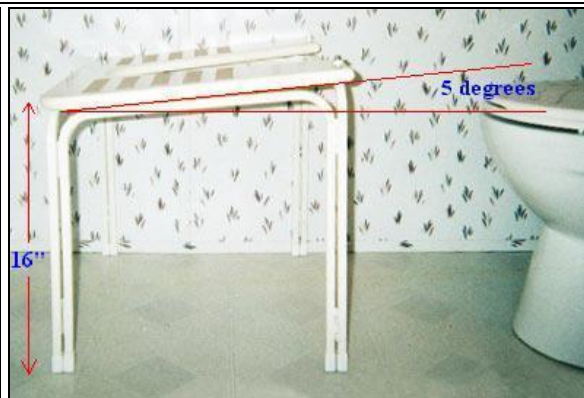


<p>От шперплат изрязвате дъска, която ляга върху тоалетната чиния</p>	<p>Върху нея се кляка ето така</p>	<p>Ако някой все пак пожелае да седне на „трона“ просто я вдига.</p>	<p>Може и да се затваря така</p>
<p>Наложи се малко да преработя капака и пантите на тоалетната чиния за да захвана дъската към нея. Изрязвах пантите на капака, завих към дъската две метални куки (могат да се купят във всяка железария) а през тях от двете страни завих винт за дърво директно към пластмасата на капака. Винта леко се нагорещява, за да може по-лесно да се навие в пластмасата.</p>			



Ето как е хванат капака на чинията с винт към металната кука а тя е завита в дървото

От долната страна също са завити две такива куки през които по подобен начин са навити два винта за дърво в пантите на тоалетната чиния.



Можете също така да си направите подобна стойка от метал или намерете някой майстор да я изработи за вас.

Седемте предимства на клекналата поза

1. Клекналата поза прави дефекацията (изхождане) по-бързо, по-лесно и по-пълно. Тя помага да се избегне "фекален застои" -- основен фактор при рак на червата, апандисит и inflammatory bowel disease.
2. Клекналата поза защитава нервите, които контролират простата и мехура от разтягане и увреждане.
3. Клекналата поза добре уплътнява илеоцекалната клапа между дебелото и тънкото черво. При общоприетата седяща поза този клапан няма опора и често изпуска по време на дефекация, замърсявайки тънките черва.
4. При клечене се изправя и освобождава ректалния проход, който нормално е прегънат на 90 градуса. Този проход нормално е винаги затворен освен когато клекнем.
5. При клекнала поза червата се поддържат от бедрата. Това помага да се избегнат херния и дивертикули, които често са резултат от дългогодишно напъване в седяща поза.
6. Клеченето е високо ефективен, без хирургическо лечение метод срещу хемороиди, както са показали публикувани клинични изследвания.
7. За бременни жени, клекналата поза на тялото предотвратява натиска върху утера и приготвя за естествено раждане.

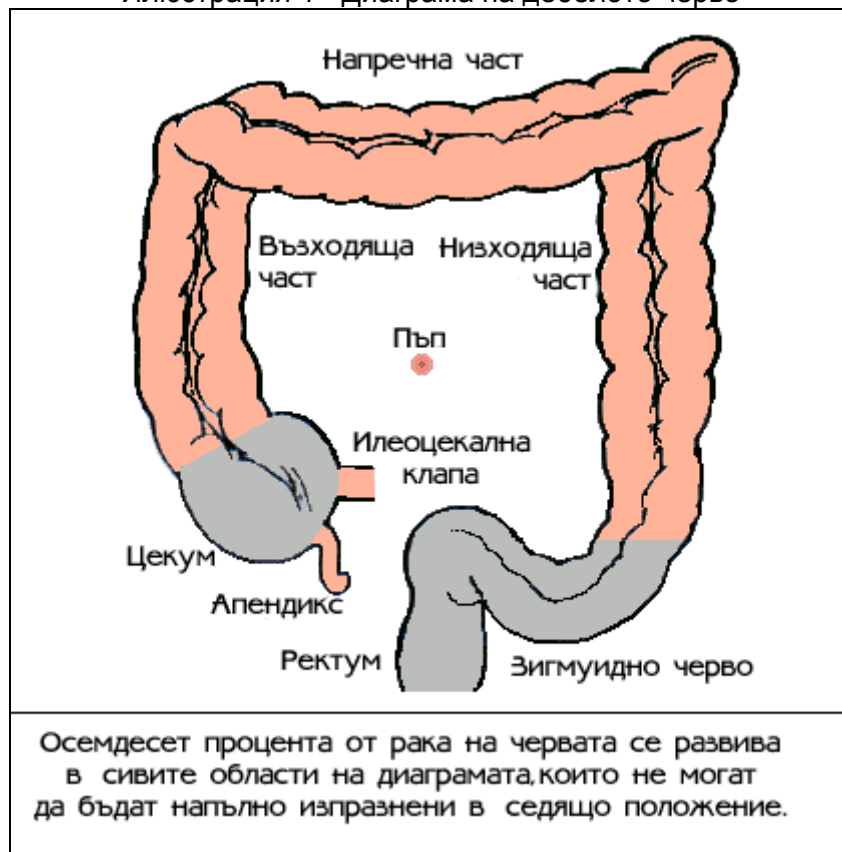
**Бъдете здрави и помнете:
истинските неща са винаги прости.**

Използвани източници:

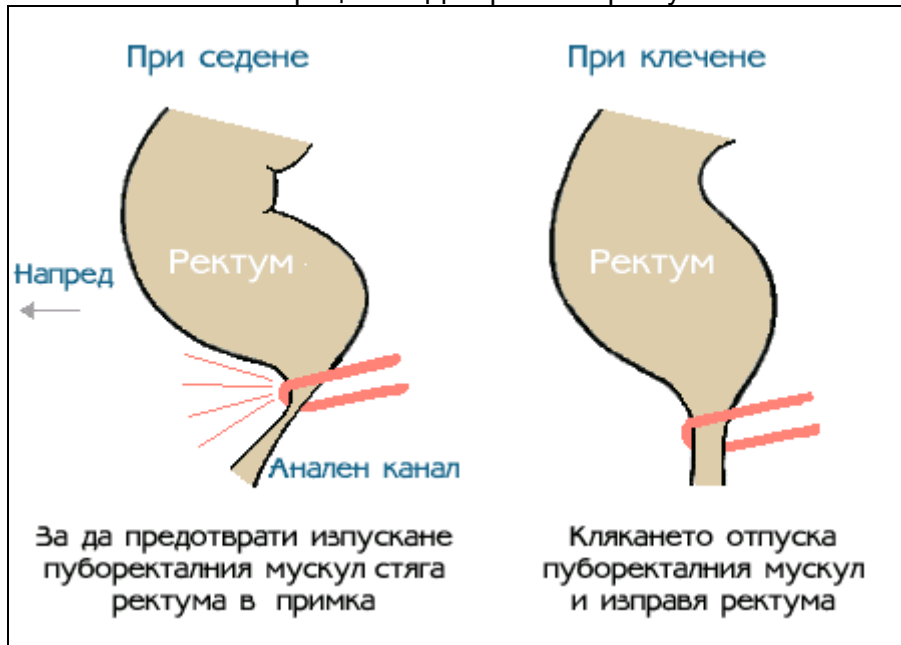
1. <http://healthlink.mcw.edu/article/930605239.html>
2. Welles, William, "The Hidden Crime of the Porcelain Throne" (unpublished article). Dr. Welles is a practicing Chiropractor, Nutritionist, and Kinesiologist from California.
3. Jacobs E J, White E., Constipation, laxative use, and colon cancer among middle-aged adults. *Epidemiology*, 1998 Jul, 9 (4): 385-91.
4. Tagart REB. The Anal Canal and Rectum: Their Varying Relationship and Its Effect on Anal Continence, *Diseases of the Colon and Rectum* 1966: 9, 449-452.
5. Hornibrook, F.A., *The Culture of the Abdomen*, (Garden City, N.Y.: Doubleday, Doran & Co., Inc., 1933), pp. 75-78
6. Aaron, H., *Our Common Ailment*, (New York: Dodge Publishing Co., 1938), p. 39.
7. Sikirov BA. Management of Hemorrhoids: A New Approach, *Israel Journal of Medical Sciences*, 1987: 23, 284-286.

8. Dimmer, Christine; Martin, Brian; et al. "Squatting for the Prevention of Hemorrhoids? ", Department of Science and Technology Studies, University of Wollongong, NSW 2522, Australia, published in the Townsend Letter for Doctors & Patients, Issue No. 159, October 1996, pp. 66-70 (available online at <http://www.uow.edu.au/arts/sts/bmartin/pubs/96fldp.html>)
9. Sikirov BA, Etiology and pathogenesis of diverticulosis coli: a new approach, Medical Hypotheses, 1988 May;26(1):17-20.
10. Sikirov BA, Cardio-vascular events at defecation: are they unavoidable?, Medical Hypotheses, 1990 Jul;32(3):231-3.
11. Bockus, H.L., Gastro-Enterology, (Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1944), Vol. 2, p. 469
12. Kira A. The Bathroom. Harmondsworth: Penguin, 1976, revised edition, pp.115,116.
13. Tobin, Andrew.. Prostate Disorder – Causes and Cure, National Direct Publishing, Bowden, Australia, 1996, (Chapter 12, by Wallace Bowles, entitled "Refining an Everyday Activity"),p.132
14. Ibid., p. 144.
15. Ibid., p. 138.
16. Henry, Dr. M.M. and Swash, Dr.M., Coloproctology and the Pelvic Floor, Butterworths London, 1985, p. 145,147,301.
17. Bowles, Wallace, The Importance of Squatting for Defecation, unpublished article, January, 1992.
18. www.president.harvard.edu/history/
19. Walker AR, Segal I., Epidemiology of noninfective intestinal diseases in various ethnic groups in South Africa. Israel Journal of Medical Science, 1979 Apr;15(4):309-13. (online at PubMed.)
20. www.users.bigpond.com/billmastermind/moments53.htm
21. Montgomery Scott M , Pounder Roy E , Wakefield Andrew J, Infant mortality and the incidence of inflammatory bowel disease,The Lancet Volume 349, Number 9050 DATUM: 1997-02-15.
22. Pfenninger, John L and Zainea, George G., Common Anorectal Conditions: Part I. Symptoms and Complaints, American Family Physician, 2001;63:2391-8
23. King, John E.(Editor in Chief), Mayo Clinic on Digestive Health, Mayo Clinic, Rochester, MN, 2000, p.128
24. Rad, Saeed, "Impact of Ethnic Habits on Defecographic Measurements", Archives of Iranian Medicine, Vol 5, No. 2, April 2002, p.115-117.
25. Russell JGB. Moulding of the pelvic outlet. J Obstet Gynaec Brit Cwlth 1969;76:817-20 (cited at <http://home1.gte.net/gastaldo/part2fic.html>)
26. <http://web.uct.ac.za/depts/gii/ibd/history.htm>
27. Historical Perspectives in Surgery, Medscape Surgery 4(1), 2002, "Famous Patients, Famous Operations, 2002 - Part 2: The Case of a Royal Pain in the Abdomen"
28. <http://www.pajournalcme.com/pajournal/cme/pa208a.htm>
29. Roberts RO, Lieber MM, Bostwick DG, Jacobsen SJ: A review of clinical and pathological prostatitis syndromes. Urology 49: 809-821, 1997
30. http://www.mja.com.au/public/issues/175_01_020701/hugh/hugh.html
31. Burkitt DP. Appendicitis. London: Norgine Ltd, 1980.

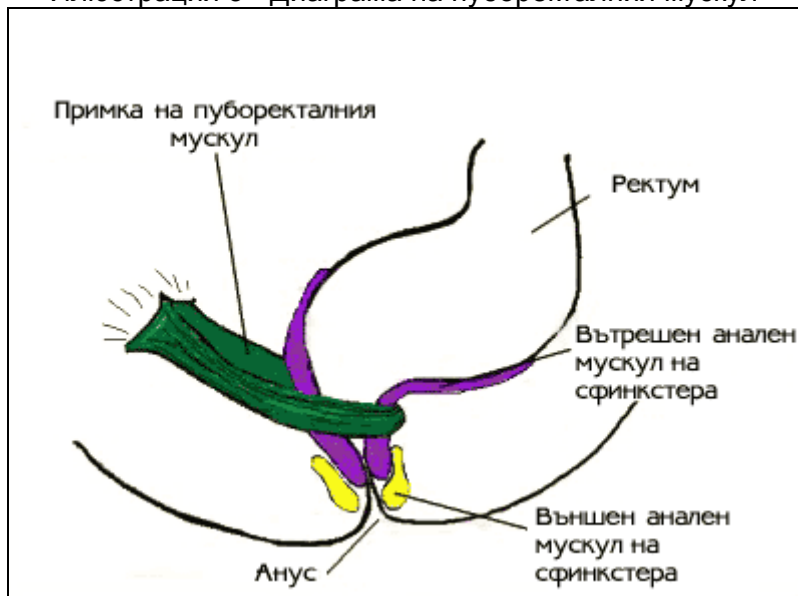
Илюстрация 1 - Диаграма на дебелото черво



Илюстрация 2 - Диаграма на ректума



Илюстрация 3 - Диаграма на пуборекталния мускул



Илюстрация 4 – клекнала поза

