



Umstimmungstherapie in der onkologischen Nachsorge

Eine ganzheitliche Betrachtung mit Beispielen

von Dr. Renate Prigge-Stein

veröffentlicht in SANUM-Post Nr. 40/1997, Seite 6 - 10

Hier geht es nicht um die Krankheit Brustkrebs, Darmkrebs, Lymphome etc. an sich, sondern um die kranken Patienten. Nicht um die Kenntnis vieler wissenschaftlicher Resultate und Gesetzmäßigkeiten der Krankheit an sich, sondern um Gewichtung und Bewertung gewonnener Befunde für die gegenwärtige und zukünftige Lage des einzelnen Patienten. Und diese Lage ist nicht durch eine rational erklärbare Krankheit bestimmt, sondern in viel stärkerem Maße geprägt durch den existentiellen Gesamtzusammenhang seiner Biographie, zu der auch die genetische Disposition gehört, aber auch seiner Lebensziele, seiner Ängste und Hoffnungen.

Es geht nicht um die wissenschaftliche Definition einer Krankheit, sondern um die Fragen:

- Was wird aus dem Patienten?
- Wie lange dauert seine Krankheit?
- Was wird daraus zurückbleiben?
- Worauf muß er verzichten?

Wichtig ist hierbei die lebensgeschichtliche Vielfalt des individuellen Krankseins, und hier beginnt unsere Therapie - indem wir Zusammenhänge verstehen -, ohne daß diese hier und jetzt alle erklärbar sind.

Das Thema kreist um das Krebsproblem. Und dabei gelten folgende zentrale „Merksätze“:

1. Krebs ist eine komplexe Krankheit. Sie darf nicht lokal gesehen werden. Dies beweist schon die beschleunigte Blutsenkung.

2. Es sind heute onkogene Viren bekannt, aber sie allein reichen nicht aus, um eine Krebserkrankung auszulösen.

3. Die Krebserkrankung kommt durch innere und äußere Faktoren zustande. Zu den exogenen Reizen gehören u. a. die Röntgenstrahlen, chemische karzinogene Noxen wie z. B. Nikotin oder Benzpyrene. Die endogenen Noxen sind sehr viel schwerer aufzuspüren, denn sie beinhalten genetische, konstitutionelle und biologische Faktoren. Aber auch hier gilt: Eine Anlage allein macht noch keine Krebserkrankung aus, diese muß erst aktiviert werden.

4. Krebs ist eine Kohlenhydratstoffwechselstörung durch Zunahme der Glykolyse auf Kosten der Zellatmung. In jeder Zelle besteht sowohl die Atmung als auch die Gärung. Bei der Krebszelle vermindert sich die Zellatmung und die Gärung nimmt zu.

Da der Stoffwechsel von Kohlenhydraten und Lipoiden enge Beziehungen zueinander haben, liegt die Vermutung nahe, daß bei der Tumorzelle auch der Lipidstoffwechsel gestört ist. Inzwischen ist gesichert, daß gerade beim Darmkrebs der Fettanteil in der Nahrung eine große Bedeutung hat. Neu ist eine Diskussion um hochungesättigte Fettsäuren, wie sie im Distel- und Sonnenblumenöl enthalten sind, bei der Entstehung des weiblichen Mammakarzinoms eine größere Rolle mitzuspielen. Bei Männern konnte keine Erhöhung der Tumorraten gefunden werden.

5. Die Behandlung des Tumors erfolgt durch Operation, Bestrahlung, Chemotherapie und Antikörpertherapie. Doch diese Methoden können in den meisten Fällen nicht ausreichen, denn eine komplexe Krankheit erfordert auch eine komplexe Therapie. Die lokale Geschwulst kann durch die oben genannten Methoden beseitigt werden, aber nicht die allgemeine Erkrankung mit der verminderten Zellatmung und der verstärkten Glykolyse.

6. Die Beeinflussung des Tumorzustands durch immuntherapeutische Maßnahmen kann durch zwei Möglichkeiten geschehen:

- a) die Tumorzellen werden in direktem Kontakt mit T-Lymphozyten zerstört;
- b) sensibilisierte Lymphozyten setzen Faktoren frei, mit denen Makrophagen reagieren können, die dann eine spezifische zytotoxische Wirkung auf die Tumorzellen haben.

Ich sehe die biologische Therapie des krebserkrankten Patienten als eine Ergänzung zu den operativen und radiologischen Methoden und, wenn es notwendig ist, auch zur Chemotherapie. Wichtig für die Entwicklung einer Therapie ist für mich die Nativblutuntersuchung, die hier jedoch nicht das Thema sein soll. Neben dieser Untersuchungsmethode ist das Terrain des Patienten wichtig.

Dazu nutzen wir die dreidimensionale Messung nach Vincent mit den pH- und rH₂-Werten und den Ohmschen Widerständen der Medien Blut, Spei-



chel und Urin. Ein Anstieg des venösen Blut-pH-Wertes in den alkalischen Bereich ist zwar nicht immer ein Hinweis dafür, daß ein degenerativer Prozeß vom Körper eingeleitet wird. Denn ein großer Eiweißkonsum kann ebenfalls dazu führen, daß der pH-Wert nach rechts verschoben wird. Außerdem verhält sich der Blut-pH-Wert umgekehrt proportional zum pH-Wert des Gewebes. Die Erhöhung des pH-Wertes führt dann kompensatorisch zu einer verstärkten Oxidation, was in einem erhöhten rH2-Wert gemessen wird. Häufig verändert sich der pH-Wert des Urins entgegengesetzt, er wird sauer.

Wenn der Organismus nun aufgrund von zu vielen säurebildenden Nahrungsmitteln die Säuren nicht mehr genügend abpuffern kann, dann wird die überschüssige Säure über das Blut in das mesenchymale Bindegewebe gebracht und dort gespeichert. Aus dem Bindegewebe heraus kommt es zu zirkadianen Säure- bzw. Basenfluten und damit zu einem sauren Morgenurin.

Bei den krebserkrankten Patienten hat diese Terrainverschiebung jedoch schon lange vor dem Ausbruch der Krankheit stattgefunden.

1. Beispiel

Patientin: Inge P.,
geboren am 3.11.1918

Diagnose: Mammakarzinom bds.

Zustand nach Feinnadelbiopsie mit Nachweis von Malignomzellen links 3/88; kombinierter Strahlen- und cytostatischer Chemotherapie 4-8/88; Tamoxifen 8/88 - 1/91.

Vor der Therapie wurde eine BEV-Untersuchung durchgeführt: Auffallend war der erhöhte pH-Wert mit 7,57, der erhöhte rH2-Wert mit 25,3 und der erniedrigte Ohmsche Widerstand mit 185 Ohm im Blut. Auch der Speichel zeigte Veränderungen: einen erhöhten pH-Wert mit 7,25, einen erhöhten rH2-Wert mit 27,4, der Lymphstauungen anzeigt,

und einen nur leicht erhöhten Ohmschen Widerstand mit 223 Ohm. Im Urin fällt der saure pH-Wert mit 5,84 und der leicht erniedrigte rH2-Wert mit 22 auf. Der Ohmsche Widerstand ist mit 35 Ohm fast optimal.

Nach der Therapie wurde erneut gemessen: Es fällt zunächst der abgefallene r-Wert des Blutes mit 163 Ohm auf, der auf die enorme Belastung durch die Therapie hinweist. Da der Ohmsche Widerstand im Urin nur leicht gestiegen war und der pH-Wert des Speichels sich bereits normalisiert hatte, erschien eine aufbauende biologische Behandlung trotz des sonographischen Befunds, der in den Mammæ nach wie vor malignes Restgewebe zeigt, möglich. Folgende Punkte müssen in der Nachbehandlung von Tumorerkrankungen berücksichtigt werden:

1. Verbesserung der Atmungsfermente;
2. Anregung der Heilung (Depolymerisation nach Koch);
3. Anregung der Abwehr;
4. Anregung allgemeiner Entgiftung;
5. Anregung der Bindegewebsaktivität;
6. antikachektische Therapie;
7. Ernährungsumstellung und Darm-sanierung.

Zur Therapie

Die Behandlung wurde mit MUCOKEHL und SANUVIS als Mischinjektion in die Rückensegmente begonnen. Dazu kamen ausleitende Medikamente wie Hepeel, Injectio Lymphatica und Injectio Antidyscratica. Oral zur Anregung des Immunsystems UTILIN- und LATENSIN-Kapseln und die Leimbachrezeptur.

Nach der Waagschen Bombe, einer Mischung aus Echinacea, Lachesis, Ameisensäure und Pyrogenium, die i.m. injiziert wird, folgte eine i.v.-Mischinjektion aus NOTAKEHL D5 + PEFRAKEHL D6 + CITROKEHL + Lymphomyosot und danach eine Immunstabilisierung mit UTILIN „mittel“, RECARCIN „schwach“ und

MUCOKEHL + SANUVIS. Diese Injektionen werden mehrmals im Abstand von ca. drei Wochen gegeben. Ab März 1989 wurde ARTHROKEHLAN „U“ eingesetzt. Oral werden immer Lebermedikamente wie Polilevo, Methionin 50 mg und Bitterstoffe gegeben, neben den lymphflußanregenden Medikamenten. Im Wechsel mit den oben genannten Kapseln setzten wir NIGERSAN + SANUVIS ein.

Ab August 1989 folgten sechswöchig Mischinjektionen mit suis-Präparaten wie Mamma suis Injeel, Glandula lymphatica suis Injeel, Medulla ossis Injeel und Hepar suis Injeel + Traumeel + Engystol + Mangan-Magnesium-Phosphoricum Injeel + gesamter Zitronensäurezyklus + MUCOKEHL D5 i.v. und i.m. und dazu Ubichinon comp. i.m. im Wechsel mit Carbonylgruppen comp. + Rhodizonsäure comp.

Die Tumormarker veränderten sich wie folgt:

Tumormarker	10/88	3/89	3/90
CEA	2,8ng/dl	1,9	0,9
CA 15-3	21,1 U/ml	17,9	15,3
TPA	51,5 U/l		28,0

Tumormarker sind im allgemeinen Proteine mit einem Kohlenhydrat- oder Lipidanteil. Sie sind entweder Bestandteil der Zellmembran oder des Zytoplasmas der Tumorzelle, z. B. tumorassoziierte Antigene, oder werden vom gesunden Gewebe als Reaktion auf das maligne Wachstum gebildet. Tumormarker sind für den malignen Phänotyp einer Krebszelle charakteristisch und nicht immunogen für den Organismus, der sie bildet.

Die Konzentration des Tumormarkers ist abhängig von der Tumormasse, Tumorausbreitung und dem Tumorstadium, von der Blutversorgung des Tumors, vom Gewebenekrosegrad und von Ausscheidungsstörungen wie z. B. Niereninsuffizienz, Leber-



funktionsstörung oder Cholestase. Uns dient der Tumormarker zur Verlaufskontrolle.

TPA (Tissue polypeptide Antigen) wird in der Therapiekontrolle verschiedener bereits diagnostizierter Malignome in Kombination mit anderen Tumormarkern verwendet. Der Referenzbereich liegt bei 60 U/l bei gesunden Blutspendern und bei 100 U/l bei Tumorpatienten ohne Tumorkaktivität. Eine wichtige Aufgabe der TPA-Bestimmung liegt in der Früherkennung einer Metastasierung oder eines Rezidivs. TPA-Anstiege wurden bis zu 12 Monate vor der klinischen Manifestierung bei Mammakarzinomen beobachtet.

CEA (Carcinoembryonales Antigen) dient dem Erkennen einer Tumorprogredienz im postoperativen Verlauf von Mammakarzinomen. Die Obergrenze liegt methodenabhängig zwischen 1,5 und 5,0 ng/dl.

CA 15-3 ist guter Parameter zur Verlaufskontrolle bei Mamma-Ca. Der Referenzbereich liegt zwischen 0 und 30/40 U/ml.

Die Tumormarker der Patientin hatten sich bis März 1990 gut stabilisiert. Das BEV-Terrain hat sich jedoch wie folgt verändert: Der niedrige Ohmsche Widerstand des Blutes zeigt hier weiterhin ein belastetes Terrain, auch wenn sich der BlutpH-Wert mit 7,47 gut stabilisiert hat. Aber der Urin mit einem pH-Wert von 4,65 zeigt die saure Stoffwechsellage der Patientin an. Diese Patienten bekommen ALKALA N als Dauermedikament. Trotz dieser Einnahme kommt es zum Absinken des Urin-pH-Wertes, wenn ALKALA für 14 Tage abgesetzt wird. Aufgrund der familiären Situation folgten bis auf zwei Thrombosebehandlungen keine weiteren immunstimulierenden Maßnahmen.

Im März 1993 trat ein exulzerierendes Rezidiv links auf. Zustand nach dreimaliger intraarterieller zytostatischer Chemotherapie der A. thoracica

interna links sowie Hormontherapie (Aminoglutethimid):

	2/94	6/94	12/96
CEA	0,4	0,9	1,0
CA 15-3	25,7	24,3	43,9
TPA			181,1

Behandlungen folgten ab März 1994 mit der Chinotherapie kombiniert mit MUCOKEHL D5 + UTILIN „ganz schwach“ bis „stark“. Außerdem erhielt die Patientin Chinhydron Injeel + Ferrum Homaccord i.m., Hydrochinon Injeel + Parabenzochinon Injeel i.m., Vitamin B₁₂ Injeel + gamma-Globuline Injeel i.m.; Trichinoyl Injeel i.m., gesamter Zitronensäurezyklus 2 ml i.m.; Naphtochinon Injeel i.m.; Coenzyme comp. + Ubichinon comp. i.m. Danach wurde wieder ein Zyklus ARTHROKEHLAN „U“ eingesetzt.

Die Chinone gehören zur B-Gruppe der intermediären Katalysatoren. Koch nimmt an, daß die freien Radikale, die während des Sauerstoffmangels verstärkt aus der Polymerisation von Toxinen entstehen, die Energie für unkontrollierte Zellteilungen liefern. Durch diese Polymerisation verschwindet auch das eigentliche Toxin. Die Chinone bewirken eine Umkehrung dieses Prozesses, indem die Toxine wieder befreit werden und damit auch beim Patienten frühere Erkrankungen symptomatisch wieder auftreten können. Wenn Reaktionen auftreten, dann muß ein entsprechender Abstand zur nächsten Chinoninjektion gewahrt werden.

Befundbericht 10/1996

Die Laborbefunde lagen bis auf einen grenzwertig erhöhten CA-15-3-Titer im Normalbereich. Auch die Senkung war, allerdings mäßiggradig, beschleunigt. Die Röntgenaufnahme der Thoraxorgane zeigte gegenüber dem letzten Vorbefund vom Juni 1994 keine Befundänderung. Insbesondere fand sich kein Hinweis auf Metastasen im Bereich der Lungen oder an den dargestellten Teilen des Thoraxskelettes.

Befundbericht 1/1997

Keine Befundänderung. Der nur diskret angestiegene CA-15-3-Titer weist darauf hin, daß dem malignen Geschehen offensichtlich nur eine geringe Proliferationsaktivität inneohnt. Die Patientin kommt alle vier bis sechs Wochen in die Praxis und fühlt sich nach den Injektionen sehr wohl. Sinnvoll wären in diesem Fall sicher kürzere Behandlungsabstände gewesen. Aber Familienmitglieder dieser Patientin hielten eine immunstabilisierende Behandlung für nicht notwendig. Hier zeigt sich wieder, wie wichtig das psychosoziale Umfeld für eine erfolgreiche Behandlung ist. Ich sehe es in diesem Fall als Erfolg, daß die Patientin nach neun Jahren seit Erkrankungsbeginn noch lebt und sich recht wohlfühlt.

2. Beispiel

Patientin: Marga M., geboren am 5.7.1921.

Diagnose: Hochmalignes Non-Hodgkin-Lymphom der B-Zell-Reihe vom zentroblastischen Typ im linken Oberbauch.

Therapie: Tumorexcision mit Gastrektomie, Splenektomie, Pankreaschwanzresektion und Netzresektion; Ösophagoantrostomie 8/91; zytostatische Chemotherapie mit Vincristin, Endoxan und Fortecortin 9/91 bis 1/92.

Nebendiagnose: Zustand nach Hysterektomie, Ovariektomie bds. und Radiumeinlage bei Cervixkarzinom 1964.

Zustand nach Exstirpation eines Basalioms an der rechten Ellenbeuge 1989.

Wichtig ist bei diesem Lymphomtyp, daß sofort nach der Operation die Chemotherapie erfolgt.

Behandlungsbeginn nach der Chemotherapie ab März 1992. Die Behandlung wurde mit MUCOKEHL D5 + Traumeel S sowohl oral als auch in Injektionsform, Cholo 2 Injektipas + Obatri S Injektipas und Eukalisan,



Folsäure Injektionspräparat und Ascorbinsäure Injektionspräparat eingeleitet. Ab Mai setzten wir die Chinone kombiniert mit Horvipräparaten wie C 300 und Horvitrigon ein. Ab Oktober 1993 folgte eine dreimalige Injektion mit SANUKEHL PSEU.

SANIUKEHL PSEU ist ein Hapten. Dieses Hapten ist in der Lage, mit Bakterientoxinen, die während früherer Infektionen freigesetzt wurden, eine Bindung einzugehen. Diese Antigenbildung führt zu einer Stimulierung der T-Lymphozyten und damit zu einer Immunantwort, was letztendlich zu der Eliminierung der Bakterientoxine führt. Daneben kommt es auch zu einer Zunahme der neutrophilen Granulozyten, und die Phagozytoseaktivität des Organismus kann damit gesteigert werden. Bei Krebspatienten werden außerdem Zytokine freigesetzt, die ins Knochenmark Signale übermitteln, die wiederum die Reifung der Blutstammzellen anregen.

Danach gaben wir die Kombination aus UTILIN „mittel“ + MUCOKEHL D5 und RECARCIN „schwach“. Die Patientin reagierte mit Untertemperatur und Übelkeit. Dies erfordert neben der oralen Gabe dieser Medikamente eine Abschwächung der Injektionen. Es folgte eine aufbauende Therapie mit MUCOKEHL D5 im Wechsel mit NIGERSAN D5 + Hepar comp., dem Zitronensäurezyklus und Vitaminen.

Veränderung der Thymidinkinase:

1992	< 5,0	8/95	8,4
1993	5,2	10/95	10,8
1994	7,5	1/96	8,6
1/95	9,8	5/96	6,5
3/95	15,0	12/96	5,8
6/95	20,1		

Die Thymidinkinase im Serum ist ein Marker des progressiven Verlaufs. Werte > 5 mg/l sind prognostisch ungünstig.

Ab Mai 1995 wurde ARTHROKEHLAN „U“ eingesetzt. Behandlung im August 1995:

1. MUCOKEHL D5 + 0,2 ml RECARCIN „schwach“ + 0,2 ml UTILIN „schwach“ + Medulla ossis suis Injeel + Funiculus umbilicalis suis Injeel + Engystol + Traumeel i.m., Kalium jodatum Injeel + Acid muriaticum Injeel i.v., Trichinoyl s.c.
2. MUCOKEHL D5 + Medulla ossis suis Injeel + Funiculus umbilicalis suis Injeel + Cystein Injeel + cAMP D20 i.m., Coenzyme comp. + Pulsatilla comp. + Thyreoidea comp. i.m., Thalamus comp. + Pallido striatum D12 i.m.

Der Einsatz von cAMP (zyklisches Adeninmonophosphat), dem second messenger in der Krebsbehandlung, hat folgende Bedeutung: Das cAMP ist an die Zellmembran gebunden und ist als intrazellulärer Überträger von Hormonimpulsen anzusehen.

Bekannt ist, daß maligne Zellen einen Verlust der Kontakthemmung zur Nachbarzelle haben. Gesunde Zellen dagegen hören auf zu wachsen, wenn sie mit ihren Nachbarzellen in Kontakt kommen. Durch cAMP-Gabe gelingt es, diese Kontakthemmung wieder herzustellen. Mit dem cAMP-Injeel höher verdünnten Similia, auch mit Mischinjektionen, die geeignete Gewebeaufbereitungen enthalten, ergeben sich Aktivierungsvorgänge, die dann möglicherweise Erhöhungen der cAMP-Produktion zur Folge haben.

Zu Beginn habe ich die wichtigsten Punkte zur Terrainverbesserung angesprochen. Inzwischen haben wir die dafür zuständigen Therapien erarbeitet:

1. Verbesserung der Atmungsfermente und Regulationsmechanismen mit dem Zitronensäurezyklus oder einzelnen Säuren daraus wie z. B. CITROKEHL, aber auch mit Coenzym comp. etc., dazu später MUCOKEHL.

2. Anregung der Heilung (Depolymerisation nach Koch). Hierfür werden die Chinone eingesetzt. Die wichtigsten sind: Chinhydron, Trichinoyl, Parabenzochinon, Hydrochinon, Ubichinon, Methylenblau und Methylglyoxal. In diese Gruppe gehören aber auch die Haptene von SANUM-Kehlbeck.
3. Anregung der Abwehr mit UTILIN, Bacillus subtilis, LATENSIN, RECARCIN und UTILIN „S“.
4. Anregung allgemeiner Entgiftung mit Leber-, Nieren- und Lymphmedikamenten, dazu später NIGERSAN.
5. Anregung der Bindegewebsaktivität mit ALKALA N, Phönix Antitox, Thyreoidea comp. etc.

Laut Statistik leiden und sterben ca. 22 Prozent der Deutschen an Krebserkrankungen, und dies trotz aller Fortschritte in der Diagnostik und Therapie. Deshalb lastet auf uns allen die Aufgabe einer Krebsnachsorge, vor allem aber einer Krebsvorsorge. Nochmals ist die Frage zu stellen, was Krebs eigentlich ist. Die Antwort: Sicher nicht nur eine bösartige Geschwulst, wie immer wieder feststellbar ist. Die heutigen Vorsorgemaßnahmen erschöpfen sich weitestgehend mit den gynäkologischen Untersuchungen, soweit es die Frauen angeht. Nativblutuntersuchungen oder Terrainuntersuchungen finden immer noch keine Anerkennung, obwohl gerade hier die Möglichkeit einer frühzeitigen Behandlung gegeben ist. Aber da die Krankenkassen öffentlich sagen, daß dem Patienten keine optimale Versorgung zusteht, sondern nur die medizinisch notwendige, wird wohl immer mehr die Krebsnachsorge eine Rolle spielen als die Vorsorge.