

Sonderdruck aus Ausgabe 2/2014

Säure-Basen-Haushalt und Tumorgeschehen – Eine praxisorientierte Betrachtung

Dr. Michael Worlitschek

Säure-Basen-Haushalt und Tumorgeschehen – Eine praxisorientierte Betrachtung

Dr. Michael Worlitschek

Die Beschäftigung mit der Problematik Tumorgeschehen und Säure-Basen-Status ist im Rahmen dieses Aufsatzes erfahrungsgemäß geschehen. Bei der Messung von Tumorpatienten mit der Methode der venösen Bluttitration wurden in meiner Praxis fast regelmäßig niedere bis sehr niedere intrazelluläre Pufferkapazitäten festgestellt. Diese Werte verschlimmerten sich mit jeder Chemotherapie. Die Patienten gaben dann all die Beschwerden an, die typischerweise mit Übersäuerungszuständen assoziiert sind. Andererseits konnten diese Beschwerden nach einer Basentherapie deutlich abgemildert und teils auch aufgelöst werden. Dabei ist nicht nur allein die parenterale Basenzufuhr bedeutend, sondern auch die Umstellung der Ernährung auf eine basenbetone Kost sowie gegebenenfalls basische Nahrungsergänzungsmittel.

Krebsentstehung

Zur Krebsentstehung und Tumorkrankheit liegen komplementärmedizinisch bereits ausreichende Studien vor, unter anderem von Heine, Budwig, Kuhl, Reckeweg, Schliephake, Windstosser und anderen. Die Bedeutung der Karzinogene ist inzwischen unbestritten. Heine betont, dass die Reizkarzinogenese deshalb ein entscheidendes Modell für die Tumorgenese sei.¹ Bereits bei Waerland ist zu lesen: „Was die fürchterlichste Krankheit, den Krebs, betrifft, so können wir sagen, dass die Übersäuerung eine der Voraussetzungen und Vorstadien dieser Krankheit ist. Diese Neutralisierung kann nur durch die Mithilfe von alkalischen Salzen geschehen.“²

Bei der Betrachtung eines Patientenschicksals nach Diagnose einer Tumorerkrankung wird der direkte Blick in der Regel nur auf den festgestellten Tumor gerichtet. Es werden sogleich mögliche Therapieoptionen erörtert, wobei der Tumor meist rasch und radikal entfernt werden soll. Hinter dem festgestellten Tumor lebt aber immer ein Mensch, der an einem Tumor erkrankt ist und der jetzt mit dieser Diagnose erst einmal fertig werden soll und muss. Die überfallartig vorgeschlagenen und festgelegten Therapien kurz nach Diagnosestellung überfordern so manchen Patienten. Von schulmedizinischer Seite wird meist völlig übersehen, dass es der Organismus dieses Menschen nicht von selbst geschafft hat, das Tumorstadium zu stoppen, auch wenn sich dieses schon über Jahre hingezogen hatte. Die Diagnose „Tumorkrankheit“ beginnt sehr früh. Und hier sollte erst eine Grundlagentherapie vor Beginn invasiver und belastender Maßnahmen einsetzen, um den Organismus in eine belastbare Situation zu bringen.

Chronische Gewebeübersäuerung

Im Blut eines gesunden Menschen besteht ein gewisser Antagonismus zwischen dem Blut-pH und dem Gewebe-pH. Der Blut-pH ist etwa 7,4, der pH-Wert des Gewebes liegt nur wenig unter dem Neutralwert 7,0. Bei schwerkranken Menschen wird dieser Unterschied wesentlich größer, der Blut-pH kann bis 7,7 ansteigen, während der Gewebe-pH auf einen Wert weit unter 7,0 sinken kann. Dieses saure Gewebemilieu lässt aber eine gefährliche Mangeldurchsättigung des Gewebes mit einer stark herabgesetzten oder blockierten Blutzirkulation entstehen. Es ist gedanklich folgerichtig, dass dadurch nicht nur die lebensnotwendige Zufuhr von Sauerstoff und Nährstoffen behindert oder sogar unterbunden wird, sondern auch die ebenso entscheidende Abfuhr der Abbauprodukte des Zellstoffwechsels. Das Gewebe und die Zellen „säuern“ also immer weiter vor sich hin.

In der Literatur ist bei verschiedenen Autoren von einer Alkalose des Krebskranken zu lesen. Bei genauerer Betrachtung ist jeweils nur vom pH-Wert des Blutes ausgegangen worden, nicht von der Pufferkapazität, und die Alkalose des pH-Werts gibt keine Aussage über diese. Nach Enderlein ist die chronische Gewebeübersäuerung auch ein schädlicher Grundzustand für das Entstehen ernster Erkrankungen mit ganz unterschiedlichen Krankheitsbildern.³ Dieser Zustand aktiviert auch das mikrobielle Leben im Organismus in Richtung der Schädwirkungen. Dabei kommt es durch die Abbauprodukte aus dem Stoffwechsel der Schadmikroben zu einer weiteren „sauren“ Belastung des Organismus. Parallel dazu hat der Körper bereits eine deutlich herabgesetzte Immunabwehr. Im Längsschnitt von Laborergebnissen kann schon länger vor Ausbruch einer Tumorkrankheit bzw. dem Auftreten von Metastasen im Blutbild eine erhebliche Verminderung der Lymphozyten beobachtet werden. Aus biologischer Sicht sind deshalb Krankheiten oft nur das Notventil einer gestörten Abfuhr von Abbauprodukten und Säuren aus dem Stoffwechsel. Bei der venösen Bluttitration lassen sich parallel dazu immer entscheidend verminderte Pufferkapazitäten im Blut messen (Tab. 1).

ferkapazität, und die Alkalose des pH-Werts gibt keine Aussage über diese. Nach Enderlein ist die chronische Gewebeübersäuerung auch ein schädlicher Grundzustand für das Entstehen ernster Erkrankungen mit ganz unterschiedlichen Krankheitsbildern.³ Dieser Zustand aktiviert auch das mikrobielle Leben im Organismus in Richtung der Schädwirkungen. Dabei kommt es durch die Abbauprodukte aus dem Stoffwechsel der Schadmikroben zu einer weiteren „sauren“ Belastung des Organismus. Parallel dazu hat der Körper bereits eine deutlich herabgesetzte Immunabwehr. Im Längsschnitt von Laborergebnissen kann schon länger vor Ausbruch einer Tumorkrankheit bzw. dem Auftreten von Metastasen im Blutbild eine erhebliche Verminderung der Lymphozyten beobachtet werden. Aus biologischer Sicht sind deshalb Krankheiten oft nur das Notventil einer gestörten Abfuhr von Abbauprodukten und Säuren aus dem Stoffwechsel. Bei der venösen Bluttitration lassen sich parallel dazu immer entscheidend verminderte Pufferkapazitäten im Blut messen (Tab. 1).

pH-Wert des Blutes	7,35–7,50
Pufferkapazität des Blutes	47–56 mmol/l
Pufferkapazität des Plasma	27–36 mmol/l
Intrazellulärpuffer	> 20 mmol/l

Tab. 1: Messwerte, die durch die venöse Bluttitration ermittelt werden

Szilvay machte 1981 auch schon folgende wichtige Aussage: „Die Wirkungsstärke der Hormone und Fermente hängt vom pH-Wert des Blutes ab. Die Neigung des pH-Wertes zur alkalischen Seite hemmt die Funktion der Nebennierenrinde und des endokrinen Systems. Der pH-Wert des Blutes neigt bei Krebs und Arthritis rheumatica mehr zur alkalischen Seite.“⁴ Auch hier wird nur der pH-Wert beschrieben, ohne die wichtige Pufferfunktion zu berücksichtigen.

Nach Heine ist die chronische Dysregulation der Matrix ein wesentlicher Faktor bei der Entstehung von Krebs. Normale Zellen erreichen bei neutralem pH-Wert einen stabilen Zustand und volle Funktionsfähigkeit. Eine anhaltende latente Gewebsazidose stellt aufgrund ihrer proinflammatorischen Eigenschaften einen ständigen Reiz auf die gesamte Matrix dar, Heine bezeichnet dies als Reizkarzinogenese. Eine einzelne Zelle wird niemals als Krebszelle entarten: das Krebsproblem ist ein Gewebeproblem!

Bildhaft sind die ultrastrukturellen Veränderungen der subepidermalen Matrix bei Heine dargestellt: Ein drei Jahre altes Kind hat noch eine klare Netzstruktur der Proteoglykane und die sie verbindenden feinen Stränge der Hyaluronsäure. Dagegen sind bei einer 63 Jahre alten „gesunden“ Frau schon wesentliche Veränderungen bzw. Verdichtungen zu sehen, die sich bei einer ebenso alten Frau mit metabolischem Syndrom noch wesentlich verstärken.

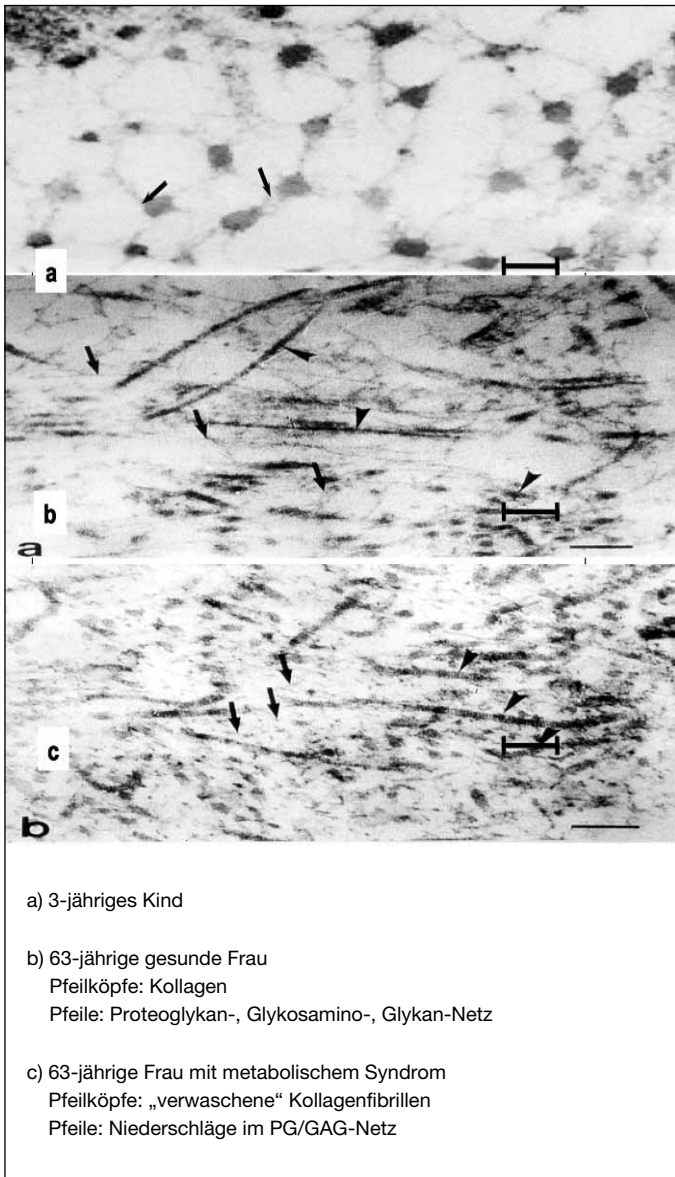


Abb 1: Ultrastrukturelle Veränderungen der subepidermalen Matrix im Alter (Quelle: Heine 2006, S.80)

pH-Wert des Blutes

Der pH-Wert des Vollblutes soll im Normbereich zwischen 7,35 und 7,50 liegen. Der pH-Wert lässt jedoch keine Aussage über eine Gewebezidität zu. Der Normbereich der Pufferkapazität des Blutes liegt zwischen 47 – 56 mmol/l. Dieser Wert wird selten erreicht, dies deutet auf eine Säurebelastung des Organismus hin. Die Pufferkapazität ist primär entscheidend zur Aufrechterhaltung des Blut-pH-Wertes und die erste Pufferstation der ins Blut gelangenden sauren Valenzen. Es besteht ein direkter Zusammenhang zum Hämoglobin, da der Hämoglobinatpuffer 35 Prozent des Blutpuffersystems ausmacht.

Die Pufferkapazität des Plasmas liegt zwischen 27 – 36 mmol/l. Sie ist messtechnisch wichtig, da sie eine Aussage über den Intrazellulärpuffer (IZP) ermöglicht. Der Intrazellulärpuffer errechnet sich aus der Differenz: Vollblutpuffer minus Plasmapuffer, und lässt einen Rückschluss auf den Säurezustand des Gewebes zu. Beim Messvorgang wird jeweils 1 ml des Vollblutes bzw. Plasmas mit 0,1 nHCl in 0,1 ml Schritten titriert und die Werte in ein Messblatt eingetragen.

	Vollblut	Plasma
Ausgangswert	7,41	7,48
Titration 1	7,15	6,98
Titration 2	6,91	6,56
Titration 3	6,67	6,13
Titration 4	6,43	5,71
Titration 5	6,13	
Titration 6	5,81	
Pufferkapazität	50,9	30,7
Normwert	47–56	27–36
Pufferkapazität intrazellulär	20,2	>20

Tab. 2: normale Verlaufswerte einer venösen Bluttitration

	Vollblut	Plasma
Ausgangswert	7,63	7,71
Titration 1	7,16	6,84
Titration 2	6,80	6,34
Titration 3	6,47	5,84
Titration 4	6,08	
Titration 5	5,64	
Titration 6		
Pufferkapazität	39,5	24,8
Normwert	47–56	27–36
Pufferkapazität intrazellulär	14,7	>20

Tab. 3: Messergebnis einer Tumorpatientin mit erheblicher Verminderung der intrazellulären Pufferkapazität

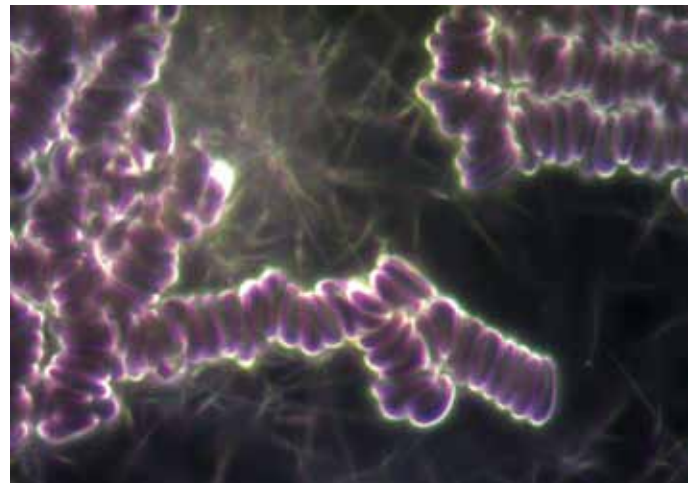


Abb. 2: Dunkelfeldmikroskopie der Tumorpatientin mit sog. Geldrollenbildung und erheblich verstärkter Filtrbildung

Vergleich der Intrazellulärpuffer

Im Laufe jahrelanger Beobachtungen wurden rund 18.000 Messungen vorgenommen. Beispielhaft werden hier die Messwerte von 2012 bis Februar 2014 aufgezeigt. Es waren 396 Messungen mit einem Durchschnittswert des Intrazellulärpuffers von 18,5 mmol/l. Davon waren 78 Tumorpatienten mit einem durchschnittlichen Intrazellulärpuffer von 17,0 mmol/l. Die „durchschnittlichen“ Normalpatienten weisen also schon einen deutlichen Säureüberschuss bzw. erheblichen Basenmangel auf. Der Tumorpatient dagegen ist noch wesentlich säureüberlasteter! Die schon oben genannten Gefahren sind damit messtechnisch gesichert. Für die Therapie eines Tumorpatienten bedeutet dies eine sehr konsequente orale und parenterale Basentherapie, wie auch die Beispiele aus der Praxis verdeutlichen.

Patient B.H., 77 Jahre, Prostatakarzinom 06/12.
Intrazellulärpuffer (mmol/l): 03/10: 20,0; 11/12: 14,7; 12/12: 19,1; 04/13: 15,3; 07/13: 13,2; 09/13: 13,5; 01/14: 14,6; 02/14: 17,9.
Der Verlauf ist bezeichnend für Tumorpatienten: weit vor Tumorbeginn normaler IZP, nach hormoneller Ersttherapie Abfall bis 14,7mmol/l, Beruhigung bis 12/12, dann wieder Abfall bis 07/13, langsame Stabilisierung bis 02/14.

Patient K.J., 73 Jahre, 10/12 Diagnose Prostatakarzinom mit multipler Metastasierung der gesamten Wirbelsäule. Intrazellulärpuffer (mmol/l): 11/12: 12,8; 12/12: 16,6; 01/13: 21,0; 05/13: 19,3; 11/13: 17,8; 01/14: 16,9. Typischer Erstbefund des IZP, PSA anfangs 536 ng/ml, hormonelle Therapie, sofort Basentherapie als Grundlage, PSA in 02/13 bereits < 3,0 ng/ml. Bis heute völliges Wohlergehen, Schwankungen des IZP bei Belastung durch Erkrankung der Ehefrau, Kontroll-Szintigramm in 11/13 zeigt Abschwächung der Metastasierungen.

Patient P.G., 83 Jahre, Prostatakarzinom Erstdiagnose 05/95. Intrazellulärpuffer (mmol/l): 04/00: 20; 10/01: 20; 11/05: 16; 05/07: 15; 06/09: 21; 08/10: 19; 07/13: 18,3; 02/14: 21,1. PSA hält sich bei etwa 80 ng/ml. Patient hat über die Jahre konsequente basische Ernährung gehalten, hat eine Hüft-OP überstanden, es geht ihm immer noch gut. Bemerkenswert und eine wirkliche Besonderheit ist der Messwert von Februar 2014, der sonst nur sehr selten erreicht wird.

Patientin H.C., 71 Jahre, malignes fibröses Histiocytom des rechten Oberschenkels. 01/96 Radikal-OP, damalige Aussage der Uniklinik: so lange Wunde offen sei, keine Chemotherapie oder Radiatio. Intrazellulärpuffer (mmol/l): 03/96: 11; 05/96: 18; Schwankungen des IZP über die Jahre von 20 – 17, zuletzt 12/13: 19,6. Erstbehandlung damals basengepufferte Vitamin-C-Hochdosis-Lösung, in diesem Sinne über die Jahre weiter, Wohlergehen heute.

Patientin Z.R., 69 Jahre, 2011 Mammakarzinom rechts, 07/13 massives Exanthem beider Unterarme. Intrazellulärpuffer (mmol/l): 07/13: 15, Ersttherapie Baseninfusion.

Patientin L.E., 52 Jahre, 09/12 Lungenkrebs mit Metastasierung Skelettsystem und Schädel. Intrazellulärpuffer (mmol/l): 03.06.13: 14,2; 03.07.13: 12,3; 08.07.13: 16,4. In diesem Fall konnte die Basentherapie nur eine Linderung der Beschwerden über etwa sechs Lebenswochen bringen.

Patient W.M., 48 Jahre, tiefsitzendes Rektumkarzinom. Intrazellulärpuffer (mmol/l): 02/13: 17,3; 03/13: 19,5; 07/13: 22,1; 09/13: 19,1. Patient kam nach einer Akutblutung. Ablehnung einer aggressiven Therapie, Ernährungsumstellung auf vegane Kost, Basentherapie, Hochdosis-Vitamin-C. 04-06/13: Chemotherapie mit Xeloda und Radiatio. 07/13: Tumorfornation im Rektum nicht mehr nachweisbar. Patient wird im Sinne der Basentherapie weiterbehandelt, Wohlergehen.

nach Budwig muss hervorgehoben werden. Erwähnenswert ist auch die Restriktion von Kohlenhydraten, da sich den Theorien von Warburg und Coy nach die Tumorzelle vom normalen Energiestoffwechsel gelöst hat und ihre Energie durch Gärung bezieht.

Parenterale Basentherapie

Als Intensivtherapie hat sich die von mir entwickelte Baseninfusion fest etabliert. Bei eigener Herstellung werden 500 ml NaCl mit 100 ml 8,4 %-iger oder 250 ml mit 50 ml 8,4 %-iger Natriumbikarbonatlösung vermischt, Infusionsdauer mindestens 30 Minuten. Es gibt auch Fertiglösungen (etwa das Eu-Ru Bibag Infusionssystem der Eu-Ru Med GmbH). Die Erfahrung hat gezeigt, dass jede Infusion die Lebensqualität verbessern kann. Je nach Situation und Möglichkeit können im Laufe der Behandlung mehrere Infusionen gegeben werden. Eine Mischung mit Mineralien sollte unterbleiben. Zugabe von Vitamin C ist möglich. Andere Infusionslösungen können nach der eigentlichen Baseninfusion ohne weiteres gemacht werden. Entscheidend ist immer die aktuelle Situation des Patienten – was ist notwendig, was ist sinnvoll?

Fazit

Ich bin mir bewusst, dass dies nur ein kurzer Beitrag aus der täglichen Erfahrung heraus zu einem sehr komplexen und doch einsehbareren Thema ist. Dieser Artikel soll primär zum Nachdenken anregen: Eine konsequente Basentherapie kann eine entscheidende Grundlage für eine wirkungsvolle Therapie sein. Bedeutsam ist die Tatsache, dass der Tumorkranke erst das Niveau eines „Normalpatienten“ erreichen muss; es sollte ein Normalwert angestrebt werden. Die Erfahrung hat gezeigt, dass sich bei konsequent umgesetzter Basentherapie mindestens die Lebensqualität verbessert.

Auch eine mögliche sinnvolle Chemotherapie kann dann ohne wesentliche Nebenwirkungen vertragen werden. In der biologischen Tumorthherapie gibt es daneben noch genug weitere Therapieoptionen, die auch im Sinne einer gewissen (dosierten) Polypragmasie notwendig sind. Meiner Erfahrung nach darf der polypragmatische Ansatz aber nicht übertrieben werden, da das geschwächte Immunsystem ansonsten auch umkippen kann. Dann spürt man gleichsam, wie dominosteinartig den Patienten seine Kräfte verlassen. Vollzieht sich die Entwicklung eines Tumors im sauren Milieu, so korreliert damit meist direkt die rasche Zunahme der Krebserkrankungen bei einem durchschnittlichen IZP von 17,0 mmol/l. Theoretisch sollte bei jedem „sauren“ Patienten eine mögliche Tumorentwicklung beachtet werden, vor allem wenn eine anderweitige Reizkarzinogenese besteht.

Autor:

Dr. Michael Worlitschek
Privatpraxis für biologische Medizin
Marktrichterstraße 3, 94065 Waldkirchen
E-Mail: mw@worlitschek.eu

Literatur

- 1 Heine H: Lehrbuch der biologischen Medizin. 3. Aufl. Hippokrates, Stuttgart 2006
 - 2 Waerland A: Übersäuerung als Grundursache der Krankheiten. 14. Aufl. Humata, Bern 1999
 - 3 vgl. Repertorium der Sanum-Arzneimittel, Ausgabe 2013. Hoya 2013
 - 4 Szilvay G : Grundlagenforschung über Krebs und Leukämie. Semmelweis-Verlag, Hoya 1981
 - 5 Seeger PG: Leitfaden für Krebsleidende. 3. Aufl. Mehr-Wissen-Verlag, Düsseldorf 1988
- Issels: Grundsätzliches zur internen Behandlung der Krebskrankheiten. Verlag für Medizin, Heidelberg 1985
 - Seeger PG, Wolf D: Biologische Krebsbekämpfung. Band 29. Verlag für Medizin, Heidelberg 1985
 - Worlitschek M. Die Praxis des Säure-Basen-Haushaltes. 6. Aufl. Haug-Verlag, Heidelberg 2008
 - Worlitschek M. Säure-Basen-Haushalt. 5. Aufl. Trias-Verlag, Stuttgart 2011

Basische Ernährung und Baseninfusion

Seeger hatte schon 1988 empfohlen: „Als eine krebseindliche Diät kann nur eine solche angesehen werden, welche die Zufuhr von Elektronendonatoren (=Wasserstoffspendern) wesentlich einschränkt, hingegen die Zufuhr von Elektronenakzeptoren (=wasserstoffziehende Stoffe) vermehrt.“⁵

Elektronenakzeptoren in einer biologischen Ernährung sind: Rote Beete, Anthozyane: Myrtilidin als Farbstoff der Heidelbeere, Sambucin als Farbstoff des Holunders, Flavone und Quercetine, L(+) Milchsäure, Ozon als wichtige Ersatzbrücke für die blockierte Atmungskette.

Für den Alltag des Patienten ist es wichtig, eine sehr basenbetonte Kost aus Gemüse, Obst, Nüssen und genügend Flüssigkeit aus Wasser und Kräutertees zu empfehlen. Tierisches Eiweiß sollte nur sehr zurückhaltend gegessen werden. Die Quark-Leinöl-Speise