

Grundlagen von Akupunktur und verwandten Verfahren

Die Biologische Tumorthherapie – Eine homotoxikologische Betrachtung

Rainer Wander



Die Genese von Tumoren ist vielgestaltig und so werden auch die verschiedenen Therapieoptionen stets kontrovers diskutiert. Man ist sich in Fachkreisen dagegen einig, dass eine genetische Disposition therapeutisch prinzipiell nicht beeinflussbar ist. Anders verhält es sich mit Zellschäden verursachenden endogenen und exogenen Noxen, die präventiv vermieden oder therapeutisch angegangen werden können. Beim Vorgang der Eskalation einer Zellentartung zum Karzinom werden gesetzmäßig die sechs Phasen nach Reckeweg durchlaufen, was dem Kundigen Raum für ein therapeutisches Eingreifen bietet.

Die sechs Phasen der Homotoxinlehre

Die Homotoxinlehre nach Dr. Hans-Heinrich Reckeweg (1905–1985) betrachtet alle Lebensvorgänge physiologischer und pathologischer Art anhand ihrer zugrundeliegenden chemischen Reaktionen. Krankheiten werden dabei definiert als Ausdruck der körpereigenen Abwehr gegen exogene und endogene Gifte, so genannte Homotoxine. Mit Hilfe einer geeigneten Therapie können diese Homotoxine abgebaut und eliminiert werden. Reckewegs 6-Phasen-Modell der Homotoxikosen weist den Weg (siehe Abb. 1).

Die humoralen Phasen

Die Entgiftung in der ersten Phase, der so genannte Exkretionsphase, bei der die Ausscheidung über physiologische Wege geschieht, wird häufig bereits zeitig durch supprimierende Medikamente erschwert. Die in der zweiten Phase, der Reaktionsphase, eingesetzten entzündungshemmenden Mittel, besonders zu großzügig verordnete Antibiotika, behindern diese Phase. Antibiotika beeinflussen den bakteriellen Stoffwechsel. Dabei spielen offenbar besondere Eiweißstrukturen, die Cardiolipine, eine Rolle. Und eben diese Cardiolipine befinden sich nur in den Mitochondrien, den Energielieferanten unserer Zellen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass durch die Bindung an diese Eiweiße auch die Leistung der Mitochondrien beeinflusst wird.

Die Matrixphasen

In der dritten Phase, der Deponiephase, werden Giftstoffe und Schlackenstoffe in der Grundsubstanz eingelagert. Die Entgiftungsorgane Leber, Niere und Darm waren also nicht in der Lage die ausscheidungspflichtigen Substanzen zu eliminieren. Schon jetzt entsteht eine latente Azidose, die im morgendlich übersäuerten Urin auch nachgewiesen werden kann. In dieser Phase ist meist eine niedrigere Blutsenkung als in der Entzündungsphase zu finden. Der Patient ist klinisch relativ beschwerdefrei. Mit weiterer „Homotoxinanhäufung“ wird die Lagerungskapazität im Zwischenzellraum (Mesenchym) erschöpft und die Gifte drängen in die Zellen.

Dieser folgende, als Imprägnationsphase bezeichnete Abschnitt zeigt intrazelluläre Giftanhäufungen zuerst in den zellfremden Strukturen, den Mitochondrien. Die Mitochondrien verändern sich strukturell zu elektronenoptisch sichtbaren Metachondrien. Ihre Enzyme werden leistungsunfähig. Die Mitochondrien waren nach Ansicht der Biologen ursprünglich Bakterien (cardiolipinhaltig), die schon oxidativ phosphorylieren konnten. Die Zelle, die selbst nur glykolisieren kann, nutzte symbiogenetisch diese Energieproduktion durch Aufnahme

der Bakterien. Aus einem Mol Glukose kann durch oxidative Phosphorylierung 38 x ATP, durch Glykolyse allerdings nur 3 x ATP hergestellt werden. Wird der biologische Schnitt überschritten, kommt es zuerst zu einer Schädigung der Mitochondrien, den zellfremden Organellen, und damit zum Energiemangel. Wir gelangen in die Regulationsstarre. Der Patient entwickelt in dieser Phase kein Fieber und keine Krankheitszeichen. Er ist aber aus Energiemangel nicht in der Lage, Homotoxine zu eliminieren.

Die zellulären Phasen

Der zunehmenden Vergiftung mit abnehmender Entgiftung kann nur die Zelldegeneration folgen. Die letzte Phase der Entartung ist damit vorprogrammiert. Jede Form von Energiemangel führt somit langfristig zur Krebsentstehung. Die naturheilkundlichen Therapiekonzepte beachten in aller Regel diesen Werdegang.

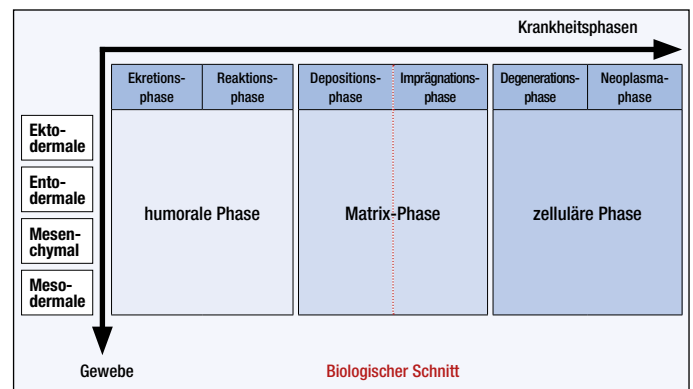


Abb. 1: Das 6-Phasen Modell nach Reckeweg

Optimierung der Mitochondrienleistung

Im Krankheitsgeschehen verlieren die Mitochondrien zunehmend die Fähigkeit der oxidativen Phosphorylierung zur ATP-Herstellung, sie können zunehmend nur anaerob glykolisieren. Dieses pathologische Energiedefizit wird nach Ansicht der Biologen von den Mitochondrien an den Zellkern informativ (durch eine Rest-mRNA) übertragen, mit dem Ziel der Vermehrung der Mitochondrien. Das ist aber nicht oder nur begrenzt möglich und so wandelt der Zellkern diese Information in eine Gesamtzellvermehrung, das Karzinom, um. Seit den Arbeiten Warburgs ist bekannt, dass die Tumorzelle vorwiegend anaerob glykolisiert und damit intrazellulär durch Laktatüberschuss eine Übersäuerung entsteht. Diese müsste den Zellstoffwechsel mit einem optimalen intrazellulären pH von 7,2

eigentlich zum Erliegen bringen. Aber die Tumorzelle verfügt über ein aktiviertes Natrium-Wasserstoff-Antiportsystem¹ und erhält sich dadurch ihren fast neutralen intrazellulären pH. Sie kann so gut gedeihen.

Die extrazellulär angehäuften Säure bedingt eine Strukturveränderung der Proteoglykane und Glykosaminoglykane um die Tumorzellen. Die Tumorzelle hat sich maskiert. Angreifende Makrophagen und Killerzellen müssen sich durch diesen Säureschutzmantel „hindurchphagozytieren“. Da diese noch oxidativ phosphorylieren, besitzen sie kein aktiviertes Antiportsystem und ihr Stoffwechsel wird azidotisch reduziert, die Makrophagen und Killerzellen werden leistungsunfähig. Es entwickeln sich Tumor-Stammzellen, die chemo- und strahlenresistent sind und für eine spätere Metastasierung sorgen. Tumorausbreitung und Metastasierung sind somit nun möglich. Die ausbleibende Entgiftung kann erst mit Energiebereitstellung und Reduktion der Giftzufuhr (exogen und endogen) aktiviert werden. Unsere Aufgabe als Therapeuten ist es, die Leistung der Mitochondrien zu optimieren. Über Gabe von Katalysatoren und Enzymen versuchen wir die Energiebereitstellung durch oxidative Phosphorylierung zu ermöglichen, um den Informationsreiz zur pathologischen Zellteilung zu eliminieren. Die Säuren des Zitronensäurezyklus, *Coenzyme compositum* und *Ubichinon compositum*, müssen gegeben werden. Bei leistungsschwachen, erschöpften Patienten sollte cAMP in verschiedenen Potenzen gegeben werden. Damit wird die Umwandlung zum ADP und ATP erleichtert. Der Laktatüberschuss wird durch Gabe von *Glyoxal compositum* (Cori-Zyklus) über Anregung der Umwandlung zu Glykogen abgebaut. Erfahrungsgemäß hat sich das in Tab. 1 dargestellte Behandlungsschema bewährt.

- 10 Ampullen *Katalysatoren des Zitronensäurezyklus* (Sammelpackung, Fa. Heel), erstmalig alle intravenös
- nachfolgend 2 x wöchentlich s.c. verabreichen:
 1. Injektion: Ampulle 1, 2, 3
 2. Injektion: Ampulle 4, 5
 3. Injektion: Ampulle 6, 7
 4. Injektion: Ampulle 8, 9, 10
- dazu jeweils intravenös:
 - 1 Ampulle *Coenzyme compositum*
 - 1 Ampulle *Ubichinon compositum*
 - 1 Ampulle *Solidago compositum*
 - 1 Ampulle *Hepar compositum* (bei Lebermetastasierung Hepeel)
 - 1 Ampulle *Nux vomica Homaccord*
- dazu 1 x wöchentlich 1 Ampulle *Glyoxal compositum* s.c.

Tab. 1: Behandlungsschema: *Katalysatoren des Zitronensäurezyklus*

Einsatz von Procain

Die Tumorzelle gedeiht im sauren Milieu und produziert dieses. Um den Säureüberschuss zu neutralisieren werden Infusionen mit Natriumbikarbonat nötig. Da diese aber den Eiweißschutzmantel um die Tumorzelle nicht aufbrechen können, muss dazu Procain infundiert werden. Den persönlichen Mitteilungen Prof. Dr. Hartmut Heines entsprechend, wirken Procain und seine Spaltprodukte gegen die Vernetzung der Grundsubstanz.

Die Spaltprodukte des Procains wirken zellprotektiv. Die Paraaminobenzoesäure greift in den Zellstoffwechsel, besonders in den Folsäurestoffwechsel, ein. Das Diethylaminoethanol bindet an den Endgruppen der Proteoglykane und bewirkt offenbar eine Entnetzung der vorher vernetzten Moleküle. Damit wird die um die Tumorzelle entstandene Maskierung reduziert. Die Abwehrzellen können wieder gegen den Tumor aktiv werden. In Kombination mit Natrium-Bicarbonat kann Procain auch intrazellulär transportiert werden. Nur Procain hemmt die DNA-Methyltransferase und aktiviert so die abgeschaltete Apoptose der Tumorzellen.

Entgiftungsstörungen und Entzündungen gedeihen im sympathischen Reizzustand. Das so genannte Störfeld ist eine lokale Entzündung, die Interleukin -1, -2, -6 und TNF-alpha, Prostaglandine und Stickstoff exprimiert. Diese unterhalten hypothalamisch gesteuerte Stressachsen (SAM und HPA). Lokalanästhetika wirken über G-Protein gekoppelte Rezeptoren, reduzieren die Expression dieser Überträgersubstanzen und schalten somit die Entzündung aus und die Stressachsen ab.

Die geschädigte Grundsubstanz als Ursache der Tumorentstehung muss natürlich durch ausleitende Verfahren und Stoffwechselaktivierung der Fibrozyten und Makrophagen angeregt werden. Alle Lymphmittel aktivieren die sinnvolle Reaktionsphase durch Anregung des leukozytären Systems. Besonders vor und nach Operationen, Bestrahlungen oder Chemotherapien sind eine Demaskierung der Tumorzelle und die Leistungsaktivierung der noch gesunden Zellen von Wichtigkeit.

Für den naturheilkundlich erfahrenen Therapeuten selbstverständlich: zuerst werden die Ausscheidungsorgane aktiviert und erst dann eingelagerte Gifte mobilisiert, wobei das ausscheidungsschwächste Organ (das geschädigte oder kranke) besonders zu schonen ist.

Procain-Basen-Infusion, Dauer ca. 90 Minuten:

400 ml Kochsalzlösung 0,9 %

40 ml – 120 ml Natriumhydrogencarbonat 8,4 %

20 ml - 50 ml Procain 1,0 %

1 Ampulle Galium Heel

Die Verwendung der von der Firma Eu-Ru-Med angebotenen 2 Kammer-Infusionsbeutel „Bibag“ hat sich in diesem Kontext besonders bewährt.

Tab. 2: Procain-Basen-Infusion

Neuraltherapie und weitere komplementäre Maßnahmen

Die Neuraltherapie nach Huneke darf in der Auflistung therapeutischer Konzepte einer Biologischen Krebsabwehr nicht fehlen. Sie ist in der Lage, periphere Reizzustände zu löschen, was durch lokale und segmentale Therapiestrategien mit Einbeziehung von sympathischen und parasympathischen Ganglien und über das Störfeld gelingt. Diese Störfelder als neuromodulativer Trigger sind nur optimal mit der Neuraltherapie zu therapieren – und auch zu diagnostizieren. Sie beeinflussen, vom Patienten unbemerkt, die Regulations- und

Funktionsfähigkeit und sind an der Tumorentstehung ursächlich mitbeteiligt. Insbesondere lösen Störfelder auch eine Fehlhaltung der Wirbelsäule aus. Diese fast stereotype Funktionskette muss nach der Neuraltherapie mit der Chirotherapie korrigiert werden. Sie löst damit die sympathisch induzierten Minderleistungen der energieliefernden und schlackenausscheidenden Organe. Diese Organe können auch homotoxikologisch unterstützt werden.

Zusatztherapien sind regelmäßig erforderlich, sollten aber in ihrer Kombination das Leistungsvermögen des Kranken nicht überfordern. Das könnte einer Immunsuppression Vorschub leisten. Erfahrung und Fingerspitzengefühl sind wie überall auch hier gefragt. Die Kombination mit hochdosiertem Vitamin C hat sich in der komplementären Krebstherapie als sinnvoll erwiesen. Die optimalste Menge scheint bei 15 g pro Infusion zu liegen.

Dazu sollte begleitend eine Misteltherapie angestrebt werden. Zudem haben sich mikrobiologische Therapien, Ernährungsumstellungen, Schwermetallausleitungen mit stomatologischer Sanierung, Mikroimmuntherapien und die Gabe von Vitaminen (besonders Vitamin A, C, E), orthomolekularen Substanzen und Thymuspräparaten bewährt. Dringend zu empfehlen ist zudem eine moderate sportliche Betätigung.

Diagnostik und Therapie nach den Regeln von Akupunktur und Neuraltherapie, das alles ist lehrbar, lernbar und reproduzierbar, auf jeden Fall in den Kursen der DGfAN. Unser Motto: Lust auf Fort- und Weiterbildung?

Autor:

Dr. Rainer Wander, Facharzt für Allgemeinmedizin

Naturheilverfahren, Homöopathie, Chirotherapie, Spezielle Schmerztherapie

Friedensstraße 47, 07985 Elsterberg

E-Mail: dgfan@t-online.de

Literatur beim Verfasser