

Herr J.F., geb. am 15.08.1986:

Was haben Omeprazol und Fußball miteinander zu tun ???

Student, Fußballer

Vorgeschichte:

2000 Mononukleoseinfektion
 August 2004: extrem niedrige Blutfettwerte im Rahmen einer Laborkontrolle, durchgeführt wegen persistierender Müdigkeit
 Mai 2006: Osteosynthese bei Fibulafaktur posttraumatische Tibiaperiostitis

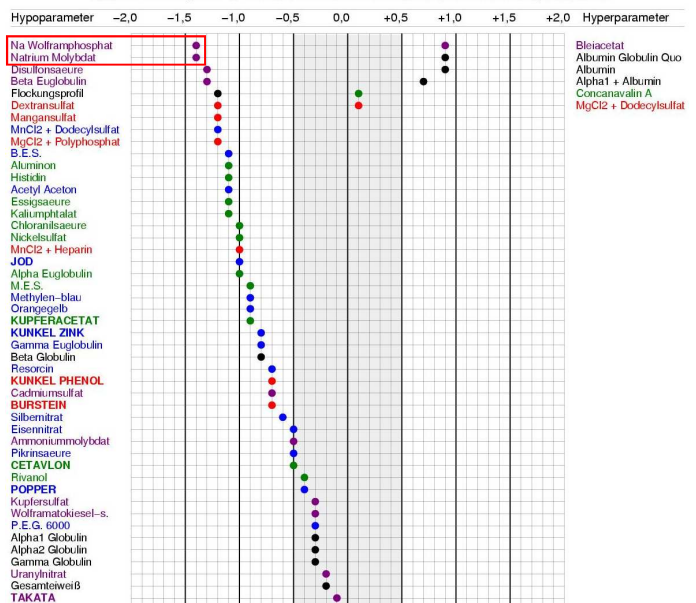
Beschwerden:

Der junge Mann hat mich wegen einer seit 5 Jahren persistierenden Müdigkeit im Juni 2005 aufgesucht. Er brauchte bis zu 12 Stunden Schlaf am Tag. Seine Beschwerden verstärkten sich im Herbst (Oktober und November), besserten sich mit Beginn des neuen Jahres: Er schrieb dies seinem intensivem Fußballtraining zu (4 mal pro Woche; zu Beginn der Saison fühlte er sich schlechter, aber nach der Winterpause ging es besser). Er hat seine Schulzeit am Gymnasium gut abgeschlossen, aber im August 2004 bat er seinen Hausarzt um eine Laborkontrolle wegen der chronischen Müdigkeit, bevor er sein Studium (Psychologie) in Angriff nehmen wollte. Diese Untersuchung deckte ein erhöhtes IgG auf als Folge der Mononukleoseinfektion, woraus der Hausarzt auf ein postvirales Erschöpfungssyndrom schloss. Die massiv erniedrigten Blutfettwerte wurden als sehr gut interpretiert... Im folgenden Winter war der Patient sehr häufig krank (Sinusitis, grippaler Infekt), zunehmend erschöpft und unterbrach schließlich sein erstes Studienjahr im April 2005.

1. Profil vom 27.06.2005 :

Linksasymmetrie: Alle Parameter sind erniedrigt mit Ausnahme der Breitbandparametern (Makroglobuline und Parameter, die mit Takata/Popper korrelieren), die für die exogene Immunität stehen; das Profil ist sichtbar nach links verschoben durch die Lipoproteine der niedrigen Dichte (LDL) (MnCl₂ Heparin und MgCl₂ PP, MnCl₂ DDS (=V)LDL)), aber vor allem durch zwei (V) LDL-Parameter mit Verbindung zum Darm (Natrium Molybdat und Natrium Wolframphosphat). Dies unterstreicht die Hypothese der hierarchischen Beziehung der Lipoproteine auf prähepatischer Ebene mit Symptomen wie Maldigestion und Malabsorption von Fetten.

Diese Malabsorption ist anamnestisch einfach durch das Phänomen der Steatorrhoe nachweisbar: Wenn das Nahrungsfett nicht ausreichend vom Darm absorbiert wird, erscheint es im Stuhl und schwimmt wegen seiner geringeren Dichte als so genannte Fettstühle an der Oberfläche.



Die meisten Patienten reagieren ungläubig, wenn man sie nach solchen Stuhlveränderungen aufgrund einer Eiweißanalyse fragt.... Dieser junge Mann war hier keine Ausnahme.

Die Hyperazidität des Magens ist ein häufiger und leicht nachweisbarer Grund für diese Malabsorption der Fette. Die Pankreaslipase ist nämlich das schwächste Glied in der Verdauung und der Fettabsorption: Diese Lipase wird durch die Magensäure inaktiviert, weswegen die Bauchspeicheldrüse eine Schutzmassnahme in Form von Bikarbonat vorgesehen hat. Im Falle einer Hypersekretion der Magenschleimhaut reicht diese Bikarbonatproduktion der Bauchspeicheldrüse nicht mehr aus, um die Lipase zu schützen. Sie wird teilweise inaktiviert, die Fettpartikel werden nicht oder weniger in Micellen umgewandelt, die Galle kann sie nicht mehr einschließen, wodurch die Fette wasserunlöslich bleiben: Steatorrhoe. Um schließlich diese Ursache der Malabsorption der Fette zu beseitigen, reicht es, die Magensekretion massiv während einer kurzen Testperiode (1 Woche) zu reduzieren: Als standardisierte Therapieempfehlung gilt 3 x 20mg Omeprazol am Tag (20mg zu jeder Mahlzeit).

Omeprazol, der Prototyp der Protonenpumpenhemmer, ist einerseits ein « dummes » Medikament, da es nicht wirklich heilt, aber andererseits aus symptomatischer Sicht ein sehr effektives und selektives Mittel: Es blockiert die Produktion der Magensäure, nicht mehr oder

weniger. Wenn eine Steatorrhoe („schwimmender Stuhl“) im Verlauf einer solchen Testphase verschwindet, bleibt nur die Hypersekretion des Magens als Verursacher.

Bei diesem Patient erwies sich der Test als positiv, wodurch die Kausalität seines Problems vor Augen geführt wurde.

Seine Mutter, eine Krankenschwester, vereinbarte sofort einen Termin bei dem ortsansässigen Gastroenterologen, der, wie nicht anders zu erwarten, eine Refluxösophagitis Grad A fand und desweiteren feststellte: „Aus internistischer Sicht finden sich keine Hinweise, die die Müdigkeit des Patienten erklären...“. Aber entsprechend der Diagnose Ösophagitis wurde Omeprazol gemäß der Standardtherapie auf 1 x 20mg am Tag reduziert.

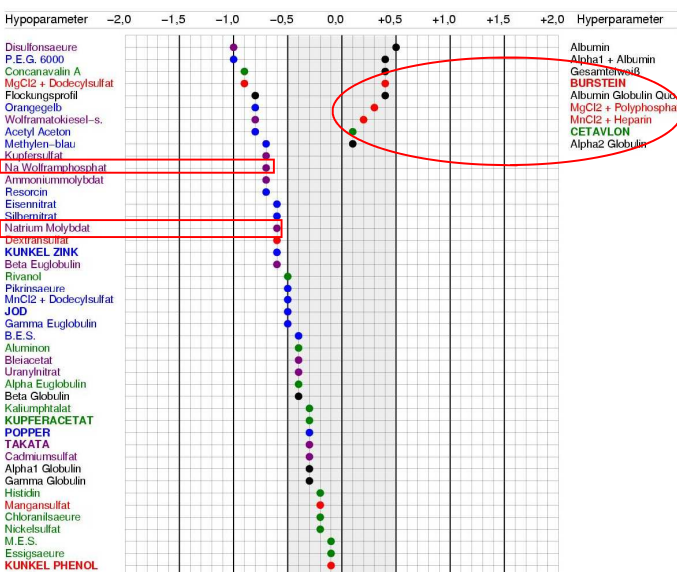
Ende Oktober 2005 kam der Patient, um mir in begeisterter Weise zu verkünden, dass durch diese einzige Behandlung seine Müdigkeit deutlich vermindert war. Ich entschied mit dem Omeprazol fortzufahren, aber ich ergänzte die anhand des Profils berechneten Medikamente:

Pflanzliche Biomodulatoren	Mineralische Biomodulatoren	Aromatische Biomodulatoren
CHRYSANTHELLUM AMERICANUM	CUPRUM SULFURICUM 5D GTE	Citrus limon (Zitrone)

- Chrysantellum americanum Urtinktur: 10 Tropfen in ein bisschen Wasser am Morgen vor dem Frühstück. (Es ist bemerkenswert, dass diese Substanz aus der Heilmittelliste für Profile mit einem Typ Hyporot ausgesucht wird, obwohl Chrysantellum als Cholesterin senkendes Mittel gilt.)
- Cuprum sulfuricum D5: 10 Tropfen in ein bisschen Wasser am Abend vor der Mahlzeit
- Zitronenöl: 1 Tropfen auf einen Bissen Brot am Abend nach der Mahlzeit.

Die Behandlung wurde durch die Einnahme von 1 x 100mg Vitamin E und 2 x 1 Kapsel Omega 3 vervollständigt, um den Verlust der essentiellen Fettsäure auszugleichen.

2. Profil vom 16.02.2006:



Die Müdigkeit hat sich sehr deutlich verbessert. Er hat sich entschlossen, mit dem Studium und vor allem dem Fußballtraining fortzufahren.

Das Profil hat sich im guten Sinne verändert: Die Linksasymmetrie ist weniger ausgeprägt, die Parameter der Malabsorption steigen etwas an, die Lipoprotein-Parameter finden sich jetzt auf der rechten Seite. Ich schlug ihm vor, Omeprazol nach und nach abzusetzen, aber mit den Substanzen, die erneut aus der Heilmittelliste vorgeschlagen wurden („Simila“), fortzufahren:

Pflanzliche Biomodulatoren	Mineralische Biomodulatoren	Aromatische Biomodulatoren
LACTUCA SCARIOLA	CUPRUM SULFURICUM 5D GTE	Eugenia caryophyllus clovis (Nelkenöl)
COLUTEA ARBORESCENS POLYGONUM HYDROPIPER PINUS MONTANA PEUCEDANUM GRAVEOLENS CRATAEGUS OXYACANTHA	ARGENTUM NITRICUM 6 D SILICEA 3D TRITUR PHOSPHORUS TRI-BROMATUS 4D TRITUR CADMIUM BROMATUM 4D GTE NATRIUM SELENIUM 4D GTE	Citrus sinensis (dulcis) (Blutorangenoil) Zitronenöl (Zitronen) Citrus limon (Zitrone) Mentha piperita (Pfefferminze) Andropogon citratus (Lemongras)

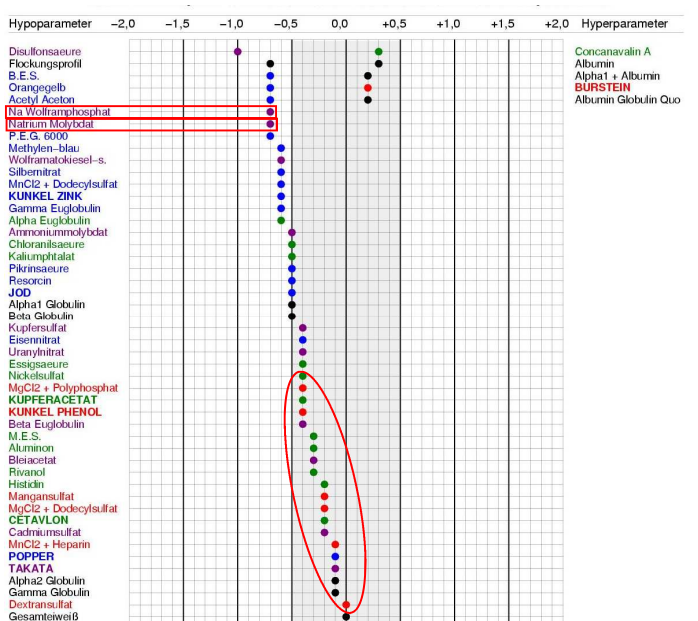
- Cuprum sulfuricum D5: 10 Tropfen in ein bisschen Wasser am Abend vor der Mahlzeit
- Zitronenöl: 1 Tropfen auf ein Stück Brot abends nach der Mahlzeit

Ich sah Herrn F. nicht vor Dezember 2006 wieder, wobei ich von einem Unfall im Zusammenhang mit der Wiederaufnahme seines Fußballspiels erfuhr: Im Mai diesen Jahres hatte er sich einer Osteosynthese unterzogen wegen einer komplizierten OSG-Fraktur; nach drei Monaten erzwungener Pause konnte er sein Training wieder aufnehmen, allerdings kam es im Folgenden zu einer verschleppten Periostitis der Tibia. Was seinen Allgemeinzustand betraf, ging es ihm gut; sein Studium und die Prüfungen verliefen zufrieden stellend.

Er hatte noch nicht gewagt mit dem Omeprazol aufzuhören. Gemessen an seinem Körpergewicht hatten die Fettresorption und -verstoffwechslung sich verbessert; er hatte 5kg zugenommen und bot ein deutlich athletischeres Bild!

Seine Mutter unterrichtete mich im Februar 2007 darüber, dass die Steatorrhoe wiedergekommen war, nachdem er mit dem Omeprazol aufgehört hatte. Er traute sich jetzt nicht mehr mit der Behandlung aufzuhören, noch dazu weil sein Trainingszustand sich als Folge des Problems mit dem Knöchel verschlechtert hatte, so dass er gezwungen war, einen Fußballclub der unteren Klasse zu wählen.

3. Profil vom 31.07.2007:



Im Juli 2007 kam er mit guten Nachrichten wieder: Seine Kondition hatte sich weiter verbessert und sein Studium ließ nicht zu wünschen übrig (nur 3 von 10 Prüfungen mussten wiederholt werden ...). Wir machten eine neues Profil, dass die dauerhafte Verbesserung bestätigte: Die Lipoproteine blieben erfreulicherweise im mittleren Bereich, die zwei Breitbandparameter **Natrium molybdat** und **Natrium wolframphosphat** behielten ihre Position und schlossen sich wieder der Gruppe der Immunglobuline an: Sie hatten damit ihren so genannten Lipoprotein Charakter verloren.

Die Lipide des klassischen Labors waren diesem Verlauf auf derselben Weise gefolgt:

	23/06/2005	24/07/2007
Total Cholesterin	144 mg/dl	174 mg/dl
HDL-Cholesterin	45 mg/dl	44 mg/dl
LDL-Cholesterin	88 mg/dl	111 mg/dl
Triglyzeride	57 mg/dl	97 mg/dl

Nichtsdestoweniger beharrte er auf der Monotherapie mit Omeprazol.

Diese Frage kam sofort zur Sprache, als ich ihn erst ein Jahr später im Juli 2008 sah: Er hatte mehrmals versucht, die Omeprazoleinnahme zu unterbrechen, aber jedes Mal fühlte er, dass sich seine Kondition nach wenigen Wochen verschlechterte und seine Müdigkeit wieder zunahm.

Sein Studium schritt gut voran und er trainierte jeden Tag mit Dauerlauf und Krafttraining und er war wieder von der Regional- in die Nationalklasse aufgestiegen.

Bei der Überprüfung der Heilmittel anhand des 3. Profils bestätigten sich dieselben « Simila », die ich verordnetet:

- Cuprum sulfuricum D5: 10 Tropfen in ein bisschen Wasser am Abend vor der Mahlzeit
- Zitronenöl: 1 Tropfen auf ein Stück Brot abends nach der Mahlzeit

Pflanzliche Biomodulatoren	Mineralische Biomodulatoren	Aromatische Biomodulatoren
SECURIDACA LONGEPEDUNCULATA FESTUCA ELATIOR INULA VISCOSEA COLUTEA ARBORESCENS LAVANDULA VERA ARTEMISIA DRACUNCULUS	NATRUM BROMATUM 4D GTE NATRIUM SULFURICUM 5D GTE ARGENTUM NITRICUM 6D SILICEA 3D TRITUR PHOSPHORUS TRI-BROMATUS 4D TRITUR MANGANUM MURIATICUM 4D GTE	Citrus limon (Zitronen) Cuminum cyminum (Kreuzkümmel) Andropogon citratus (Lemongras)

Wir vereinbarten eine neue Profilkontrolle, bevor wir eine abschließende therapeutische Strategie auf dem Boden von Organ- und Serozytoltherapie entscheiden würden.

Zusammenfassung:

Mit diesem Fall habe ich versucht, die über die Grenzen der Komplementärmedizin hinausgehenden Möglichkeiten des Eiweißprofils zu zeigen. Zum einen bin ich überzeugt, dass ich niemals meine Kollegen der klassischen Medizin überzeugen werde, eine Erschöpfung mit Protonenpumpenhemmern zu behandeln: Es handelt sich in diesem Fall um eine offensichtliche proteomische Erkenntnis, gewonnen aus der Konfiguration und Stellung der Parameter; diese Strategie ist indessen durch den klinischen und laborchemischen Verlauf perfekt objektivierbar.

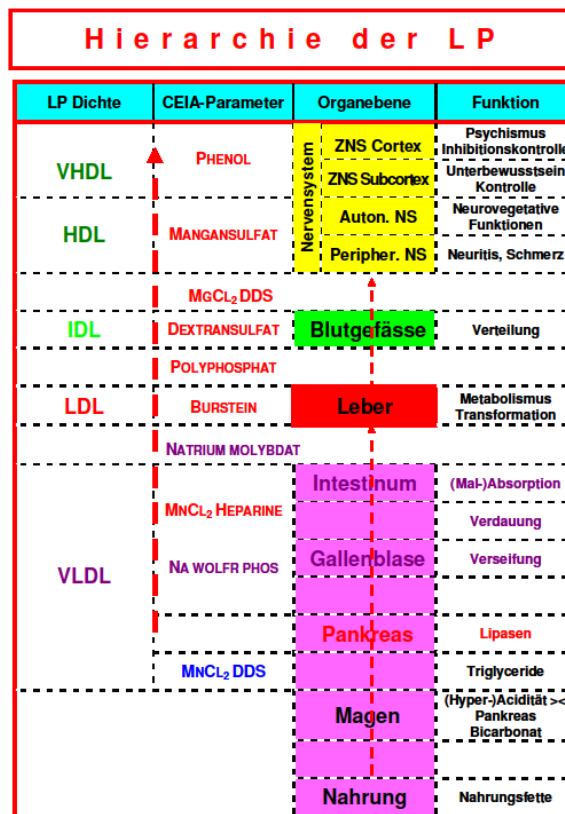
Zum anderen glaube ich die reinen Verfechter der biologischen Medizin mit den Zähnen knirschen zu hören, wenn sie eine solche hartnäckig allopathische Behandlung sehen?

Ich bin der Meinung, dass eine pragmatische Annäherung über eine Prinzipientreue siegen sollte (Ein gegenteiliges Beispiel völliger Unbelehrbarkeit zeigt unser Fall: Der Hausarzt des Patienten weigerte sich, ihm das Omeprazol zu verordnen, weil er nicht verstand warum....).

Dieses Beispiel ist kein Einzelfall: Eine chronische Erschöpfung durch ein Lipoproteinmangel infolge einer Malabsorption der Fette, verursacht durch eine Hypersekretion der Magenschleimhaut ist nicht so selten: Man muß nur daran denken.

Ich füge noch die hierarchisierte Gegenüberstellung der klassischen Lipide und der proteomischen Lipoproteinparameter diesem Bericht bei. Dieser Liste bediene ich mich täglich bei meinen Patienten, wenn ich ihnen die Bedeutung und Wirkung der Lipoproteine erklären muss.

Autor : Dr. Sus Herbosch



CEIA Deutschland Rathausgasse 5 55481 Kirchberg	Tél: +49 6763 4000 Fax: +49 6763 9340 18
CEIA Benelux 119 Bd St Michel 1040 Bruxelles	Tél: +32 2 736 04 58 Fax: +32 2 736 58 02
CEIA Iberica C/ Joncar 4 46137 Playa Puebla Farnals	Tél: +34 961 46 31 36 Fax: +34 961 46 16 19
CEIA France Château des Carbonnières 69640 Lachenas	Tél: +33 474 67 48 00 Fax: +33 474 67 48 10
CEIA Canada 10204 Laverdure Montréal, PQ, H3L 2L3	Tel: (514) 385 42 69 Fax: (514) 385 42 69
info@ceia.com www.ceia.com	