D 2687

Acta medica empirica

Erfahrungs heilkunde

vereinigt mit Hufeland-Journal

Sonderdruck

Behandlung toxischer Nierenschäden mit Ribonukleinsäuren

von G. Gerster

HAUG Karl F. Haug Verlag

Oktober 1996

Behandlung toxischer Nierenschäden mit Ribonukleinsäuren

von G. Gerster

Zusammenfassung

Die Nierensuffizienz ist durch den fortschreitenden Ausfall aktiver Transportmechanismen im Nierenparenchym gekennzeichnet. Zur Verhinderung einer Urikämie wird kompensatorisch die passive Druckfiltration erhöht, was sich durch Polyurie, Proteinurie und Kaliumretention zeigen kann. Wenn dieses System dekompensiert, treten Urikämiesymptome auf.

Neben chronischen Nephritiden spielen ätiologisch vor allem toxische Faktoren eine Rolle. Bekannt sind Schädigungen durch Schwermetalle sowie die Analgetika-Nephropathie (Phenacetinniere). Im kompensierten Stadium sind neben chemisch definierten Wirkstoffen auch bestimmte Phytopharmaka und Homöopathika anwendbar. Im dekompensierten Stadium gilt aus heutiger Sicht nur noch Furosemid in hohen Dosen als befristet wirksam. Im Endstadium werden die Patienten dialysepflichtig.

Ribonukleinsäuren (RNA) können das Nierenparenchym und damit die aktiven Transportsysteme in gewissem Umfang regenerieren. Der Behandlungsaufwand hängt vom Schweregrad der Erkrankung ab. Aufwand definiert sich hier als Sortenauswahl, wöchentliche Dosen und Behandlungsdauer bzw. Häufigkeit der Behandlungsserien. An Fallbeispielen von unterschiedlichem Schweregrad wird gezeigt, daß RNA eine therapeutische Alternative im Furosemidstadium sind, die bei konsequenter Therapie auch die Dialysepflichtigkeit verzögern bzw. verhindern können. Werden die Patienten bereits im kompensierten Stadium behandelt, ist der Behandlungsaufwand naturgemäß erheblich niedriger.

Schlüsselwörter

Ribonukleinsäuren, Nierenerkrankungen, toxische Faktoren, Schwermetallbelastungen, Analgetika-Nephropathie.

Summary

Renal insufficiency is characterized by a progressive loss of active transport mechanisms in the renal parenchyma. In order to prevent an uricaemia, the passive pressure filtration is increased compensatorily, which can manifest itself in the form of polyuria, proteinuria and calcium retention. When this system decompensates, symptoms of uricaemia appear.

In addition to chronic nephrititis especially toxicological factors play an important role form the aetiological point of view. Damages caused by heavy metals as well as analgesic nephropathy (phenacetin kidney) are well-known. In the compensated stage certain phytotherapeutic drugs and homoeopathic drugs can be used in addition to chemically defined agents. In the decompensated stage, only furosemid in high doses is regarded as being temporarily effective from today's standpoint. In the final stage, a dialysis must be performed.

Ribonucleinic acids can regenerate the renal parenchyma and also the active transport systems to a certain extent. The necessary treatment depends on the severity of the disease. This treatment is defined as the choice of kinds, weekly doses and duration of treatment or the frequency of the treatment series. With the help of case examples with different severity it is shown, that ribonucleinic acids are a therapeutical alternative in the furosemid stage, which can retard or even prevent even the necessity to perform a dialysis in the case of a consequent therapy. When the patients are already treated in the compensated stage, the necessary treatment needed is extremely reduced.

Keywords

Ribonucleinic acids, nephropathy, toxic factors, burden with heavy metals, analgesic nephropathy.

Neben chronischen Infekten des Harntraktes ist die Exposition toxischer Substanzen die häufigste Ursache des chronischen Nierenversagens. Den größten Stellenwert hierbei nimmt allerdings ein Endotoxin ein: Glucose. 26% aller Patienten mit Nierenersatztherapie sind Diabetiker [1].

Als weitere häufige Ursache wurde bislang die Langzeit-Einnahme von Analgetika angegeben. Jedoch scheint chronisches Nierenversagen viel häufiger auf die Exposition anderer toxischer Stoffe zurückzuführen sein als bisher angenommen wurde.

Eine belgische Fall-Kontroll-Studie hat ergeben, daß Patienten mit renalen Funktionsstörungen in ihrem Leben signifikant gehäuft Schwermetallen wie Blei, Kupfer, Chrom, Zinn oder Quecksilber ausgesetzt waren. Sie hatten auch öfter als die Kontrollpersonen Kontakt mit beim Schweißen entstehenden Dämpfen, Silizium-haltigen Stäuben von Sand oder Stein sowie mit Kohlenwasserstoffen, die als Lösungsmittel vor allem in Farben und Klebstoffen vorkommen.

Wie *Nuyts* und Kollegen vom Universitätshospital in Antwerpen im „Lancet" [2] schreiben haben sie 272 Männer und Frauen mit chronischem Nierenversagen mit der gleichen Anzahl Kontrollpersonen verglichen. Jeweils 3 Experten beurteilten bei jedem Studienteilnehmer den Grad der Exposition mit verschiedenen Schadstoffen.

Die Wissenschaftler berechneten, daß bei Schwermetall-Exposition

das Niereninsuffizienz-Risiko um das Zweifache, bei Exposition mit Lösungsmitteln sogar um etwa das Fünffache stieg. Bei knapp 13 Prozent der Patienten war die renale Schädigung auf Analgetika zurückzuführen. Der Ausschluß dieser Gruppe ändert aber nichts an den Studienergebnissen.

Eine oft vernachlässigte Gruppe von Toxinen sind die Röntgenkontrastmittel. Die Inzidenz ihrer unerwünschten Wirkungen wird in der Literatur mit 3 bis 50 % angegeben. Daher sollte bei Risikopatienten wie z. B. Diabetikern mit eingeschränkter Nierenfunktion auf die Gabe von Kontrastmitteln verzichtet und auf andere bildgebende Verfahren ausgewichen werden [3].

Die Niereninsuffizienz ist durch den fortschreitenden Ausfall aktiver Transportmechanismen im Nierenparenchym gekennzeichnet. Zur Verhinderung einer Urikämie wird kompensatorisch die passive Druckfiltration erhöht, was sich durch Polyurie, Proteinurie und Kaliumretention zeigen kann. Wenn dieses System dekompensiert, treten Urikämiesymptome auf. Im kompensierten Stadium sind neben chemisch definierten Wirkstoffen auch bestimmte Phytopharmaka und Homöopathika anwendbar. Im dekompensierten Stadium gilt aus heutiger Sicht nur noch Furosemid in hohen Dosen als befristet wirksam. Im Endstadium werden die Patienten dialysepflichtig.

Ribonukleinsäuren (RNA) können das Nierenparenchym und damit die aktiven Transportsysteme in gewissem Umfang regenerieren. Der Behandlungsaufwand hängt vom Schweregrad der Erkrankung ab. Aufwand definiert sich hier als Sortenauswahl, wöchentliche Dosen und Behandlungsdauer bzw. Häufigkeit der Behandlungsserien. Zunächst etwas kursorisch einige Fälle aus dem vergangenen Jahrzehnt.

Fall 1 war ein 62jähriger Mann mit Phenacetin-Niere, der mit 1000 mg Furosemid/die (Lasix®) behandelt wurde. Die Notwendigkeit zur Dialyse stand permanent im Raum. Innerhalb von 3 Monaten wurde der Patient mit insgesamt 37 Ampullen Niere und 10 Ampullen Herz behandelt. Am Ende der Therapie betrug die Lasix-Dosis 500 mg/die. Die Frage der Dialysepflicht bestand vorläufig nicht mehr.

Tab. 1: Fall 4 (*A. G.*), Zeitpunkte und Ergebnisse der Laborwerte vor und nach der Therapie mit Regeneresen.

Datum	08.10.1986	05.02.1987	Nov./Dez. 1986
Clearance	23	35	je 15 Amp.
Kreatinin mg/dl	2,1	1,86	RN 13 Regeneresen
Kalium	5,2	4,4	Niere
Harnstoff mg/dl	90	67	

Bei ***Fall 2*** handelte es sich um eine etwa 25jährige Patientin mit sekundärer Amenorrhoe und (oder infolge) gestörter Nierenfunktion unbekannter Genese. Im Oktober und November 1981 wurde sie mit 15 Ampullen Niere sowie 10 Ampullen aus dem endokrinen Bereich behandelt. Unter dieser Behandlung normalisierte sich sowohl die Fertilitätsstörung wie auch die Nierenfunktion. Ein Jahr später gebar die Frau einen gesunden Sohn. Die Schwangerschaft war komplikationslos verlaufen, insbesondere blieb die Nierenfunktion intakt. Erst im Laufe des Jahres 1983 verschlechterte sich die Nierenfunktion erneut.

Fall 3 war eine 64jährige Patientin mit 5jähriger Dauer der Anamnese. Zuletzt war die Nierenfunktion auf 40 % eingeschränkt. Nach einer Behandlung mit 10 Ampullen Niere sowie 10 weiteren Regeneresen aus dem Herz-Kreislauf-Bereich (u. a. 5 Amp. Herz) war die Nierenfunktion auf 69 % angehoben. Die Funktionsprüfungen erfolgten jeweils im Nephrologischen Zentrum Hannoversch-Münden.

Fall 4 war ein 64jähriger Internist (A. G.) mit Nephrosklerose auf der Basis einer arteriellen Mangeldurchblutung. Laborwerte und der Zeitpunkt der Behandlung mit Regeneresen sind Tab. 1 zu entnehmen. Durch die Basistherapie mit RN 13 kam es auch zu einer Verlängerung der Gehstrecke von 100 auf 250 m.

Die nachfolgend geschilderten Fälle sind in ausführlicherer Form bereits von *Hahne* im Berichtsband über die Regeneresen-Seminare 1993 publiziert [4].

Fall 5: Männlicher Patient, Jahrgang 34, Inhaber eines Fachbetriebs für Schweißtechnik. Er hatte bei einer Gasexplosion 1977 schwere Verbrennungen erlitten und zeigte nach wochenlangem Krankenhausaufenthalt, bis auf geringfügige Beschwerden in den Narbenbereichen, keine besondere Symptome.

Er schilderte als Beschwerden in erster Linie Kopfschmerzen verschiedener Stärke, Schwindelgefühl und ein allgemeines Unwohlsein mit nachlassender Leistungsfähigkeit, leichte Ödeme im Gesicht und im Unterschenkelbereich. Der Blutdruck lag bei 160/120 mm Hg und auf Nachfrage schilderte der Patient, daß er etwa 1/2 Jahr nach seinem Unfall einen Anstieg des diastolischen Blutdrucks bei nur mäßiger systolischer Blutdruckerhöhung beobachten konnte. Er sei 1984 und 1985 mit Antihypertonika und β-Rezeptoren-Blockern behandelt worden. Er habe diese Mittel schlecht vertragen, und im übrigen sei der diastolische Wert nie unter 105 mm Hg abgesunken.

Zunächst bekam er als Konstitutionsmittel Nux vomica Tabletten

D12 morgens und abends 1 Tablette, dann Sarsaparol und Pascorenal je 50 ml zusammengemischt und davon dreimal 10 Tropfen in etwas Wasser, langsam ansteigend auf dreimal 20 Tropfen täglich. Nach wenigen Tagen war der Patient kopfschmerzfrei, der Blutdruck hatte sich jedoch nur unwesentlich gebessert.
Sarsaparol und Pascorenal wurden als Mischung unverändert weiter eingesetzt, Nux vomica D12 nur noch 1 Tablette täglich vor dem Zubettgehen, dazu dreimal täglich 1 Dragee Antiphyertonicum Schuck und zusätzlich folgende Regeneresen:

6 Ampullen Niere
je 3 Ampullen Arterie, Herz, Gefäßwand, Epiphyse, Hypophyse anterior masc., Thalamus, Hypothalamus, Nebenniere total

Diese Injektionen wurden zweimal wöchentlich mit jeweils 2 Ampullen appliziert, d.h. über einen Gesamtzeitraum von knapp 2 Monaten.
Binnen weniger Wochen ging der Blutdruck von 160/120 auf zunächst 160/95 und wenig später auf 150/90 zurück. Daraufhin wurde Antihypertonicum Schuck reduziert und bis zum Ende der Behandlung mit Regeneresen ausgeschlichen. Am Ende der Regeneresenbehandlung, also nach knapp 2 Monaten lag der systolische Wert bei 140 bis 145 mm Hg der diastolische Wert bis 85 bis 90 mm Hg, d.h. eine völlig normale Blutdrucklage; der nephrogene Hochdruck war ebenso, wie die migräneartigen Kopfschmerzen verschwunden. Der Nierensektor blieb unauffällig und der Blutdruck stabil. Der Patient nahm die Tropfenmischung Sarsaparol/Pascorenal weiter ein.
1989 erfolgte eine Wiederholungsbehandlung mit

6 Ampullen Niere
je 3 Ampullen Herz, Thymus, Placenta masc., Nebenniere total

Der Patient schildert, daß er die Tropfen heute sporadisch für etwa 1–2 Wochen einnimmt und danach eine Pause von etwa 4–5 Wochen einlegt. Er kommt bis heute sporadisch zum Blutdruckmessen, hat normale Werte und völlige Beschwerdefreiheit.

Fall 6: Bei einer Patientin Jahrgang 1975 wurde im Juni 1981 die Diagnose hochgradige Niereninsuffizienz (30%) und Vitamin-D-Mangel gestellt.
Der Kreatininspiegel war mit 1,42 mg/dl deutlich erhöht, das Kind wies gegenüber ihrer Zwillingsschwester einen deutlichen Entwicklungsrückstand auf. Es war an eine strenge Diät gebunden, was der Mutter jedoch große Probleme bereitete, weil es sich während der Schulzeit oder bei Besuchen der Kontrolle entzog.
Zunächst wurden Pascorenal und Sarsaparol Tropfen eingesetzt: dreimal 5 Tropfen pro Tag, dazu Lymphozil Tabletten dreimal 2 pro Tag und D-Mulsin Mucos zweimal 5 Tropfen pro Tag. Unter dieser Behandlung besserte sich der Zustand des Kindes merklich, der Kreatininspiegel sank auf 1,09 mg/dl ab, was jedoch immer noch zu hoch für dieses Alter war.
Im Dezember 1981 wurden unter Beibehaltung der oralen Präparate folgende Regeneresen eingesetzt:

je 5 Ampullen Niere und Leber; je 3 Ampullen Hypophyse anterior fem.,

DYCKERHOFF
PROF. DR. H.

REGENERESEN®

Fortbildungsseminare 1997

Regelmäßige Fortbildungstermine:

April	Frankfurt/ Main	September	Meerane/ Sachsen
Mai	Köln	Oktober	Berlin
Juni	München	November	Hamburg

Bitte fordern Sie das aktuelle Seminarprogramm an unter Fax-Nr.: 0221/ 95 74 37 45

Laboratorium Prof. Dr. H. Dyckerhoff GmbH & Co
Robert-Perthel-Straße 49 · D-50739 Köln

Hypothalamus, Nebenniere total Schilddrüse.

Die Behandlung zog sich über 5 Wochen hin und wurde Mitte Januar 1982 abgeschlossen, unter der Maßgabe, die Tropfen und die Emulsion weiter einzunehmen.
Im April 1982 erneute Vorstellung in der Praxis. Das Kind war beschwerdefrei und der Kreatininwert lag der altergerechten Norm entsprechend, bei 0,48.
Anschließend erfolgten telefonische Mitteilungen der Mutter, daß die Laborwerte ohne krankhaften Befund seien. Absetzen von D-Mulsin im Juni 1982 und von der Tropfenmischung im August 1982 mit der Maßgabe, gelegentlich die Tropfen für etwa 2 Wochen nach Vorschrift einzunehmen. Diese Therapie wurde noch bis Frühjahr 1983 eingehalten, dann brach der Kontakt zur Patientin zunächst ab.
Im April 1990 erschien die Mutter der Patientin in der Praxis, um sich wegen ihrer Krampfadern behandeln zu lassen. Sie schildert im Verlauf des Gesprächs, daß ihre Tochter den Entwicklungsrückstand unglaublich schnell aufgeholt habe, die Laborwerte seit 1982 normal gewesen seien und auf eine normale Ernährung umgestiegen worden sei. Die Patientin ist heute beschwerdefrei.

Fall 7: Patient F. G., 43 Jahre, männlich; Diagnosen: chronische Glomerulonephritis, arterielle, sekundär nephrogene Hypertonie, renale Anämie mit den typischen Anfangssymptomen Müdigkeit und Abgeschlagenheit seit Mai 1987 (siehe Tab. 2).

Fall 8: Patient K. E., Jahrgang 1929, männlich, mit Diabetes mellitus Typ II, Hypertonie und Nephrose mit unspezifischer Proteinurie. Mit diesem Fall kann exemplarisch belegt werden, daß es nicht ausreichend ist, eine Monotherapie mit Niere durchzuführen, wenn die Ursachen bekannt sind, die zur Nephrose führen. Der Patient K. E. litt seit langem an einem Diabetes mellitus Typ II, welcher letztlich die Nephrose mit glomerulär bedingter Proteinurie und Hypertonie verursachte. Bereits 1993 hatte er einen Apoplex erlitten. Seine Ausgangsbefunde sind in Tab. 3 enthalten. Die nachfolgende Therapie mit 60 Amp. Regeneresen-Niere verbesserte zwar die Harnsäurewerte und wichtige klinische Befunde (klinisch auffällig war besonders ein deutlicher Rückgang der Nykturie und der Ödeme), aber die Blutzuckerwerte stiegen weiter an und infolge dessen auch die Glukosurie.

Tab. 2: Laborwerte und Verlauf von Fall 7 (*F. G.*), 43 Jahre, männlich.

Zeitpunkt	RR	Serumkreatinin ml	Harnstoff mg/dl	Harnsäure mg/dl	Kreatinin Clearance ml
Mai 1987	135/120	–	–	–	–
Juli 1987	270/160				
	Therapie mit Nepresol, Lasix 500, Tensobon 25, Tenormin 50				
26.08.1987	Therapie mit Regeneresen: 10 Amp. Niere je 3 Amp. Lymphknoten, Milz, Nebenniere tot. je 2 Amp. Thymus, Hypophyse tot. masc., Hypothalamus				
	130–150/80–90 Wiederholung der Regeneresen-Serien alle 4 Monate (3mal) bis August 1988.				
Juli 1989 nach grippalem Infekt erstmals Verschlechterung					
	–	4,92	160	9,91	17,9
August 1989	Therapie mit Regeneresen wie oben				
Sept. 1989	130–140/80–90	2,9	140	7,6	9,3
Die Therapie mit Regeneresen wird fortgesetzt.					

Tab. 3: Laborwerte und Therapie von Fall 8 (*K. E.*), Jahrgang 1929, männlich, mit Diabetes mellitus Typ II, Hypertonie und Nephrose mit unspezifischer Proteinurie.

März bis Mai 1995	Serumwerte	03.03.94	12.07.94	20.04.95
60 Amp. REG. Niere	Serum-Glucose mg/dl	229	284	528
	Harnsäure mg/dl	8,26	6,3	–
	Kreatinin mg/dl	48,5	75,4	110
	Aldosteron ng/l	227	112	–
	Renin ng/l	7,9	7,4	–
	Urinwerte			
	Spez. Gewicht g/l	1012	1022	–
	Eiweiß gesamt mg/l	449	522	–
	Glucose mg/l	1155	18634	–

Da dem Patienten anscheinend die häusliche Betreuung fehlte, verschlechterte sich der Diabetes weiter, so daß er im April 1995 von Nachbarn im Präkoma diabeticum aufgefunden und ins Krankenhaus eingeliefert wurde, wo er infolge diverser Komplikationen am 15.05. 1995 verstarb.

Fall 9: S. R., männlich, Jahrgang 1921, 165 cm, ca. 70 kg, Angehöriger einer Botschaft in Bonn ist seit 1989 in Behandlung wegen Hypertonie u. a. Ab Anfang 1995 traten Ekzeme und therapieresistente Ödeme auf. Seit dieser Zeit wird die Nieren-

Tab. 4: Verlauf der Laborwerte von Fall 9 (*S. R.*), Jahrgang 1929, männlich.

Datum	Harnstoff mg/dl	Kreatinin mg/dl	Hämoglobin g/dl
21.02.1995	162	4,55	12
08.03.	172	4,03	11,2
31.05.	195	5,29	–
13.06.	249	5,02	10,1
20.06.	203	5,22	9,6
10.07.	167	5,16	9,6
01.08.	169	4,81	9,7
06.09.	211	6	9,4
13.09.	139	5	10,3
20.09.	136	4,83	10,1
11.10.	138	4,97	9,7
Zum Vergleich Normalwerte	bis 60	0,5–1,0	11,5–16,4

Tab. 5: Laborwerte von Fall 10 (*A. W.*), weiblich, Jahrgang 1928.

Datum	26.04.1995	22.05.	09.08.	30.08.
Serumwerte:				
Harnsäure mg/dl	11,4	10,1	–	–
Kreatinin mg/dl	0,88	1,02	–	–
Gesamtbilirubin mg/dl	0,2	–	–	–
Harnstoff mg/dl	67,0	76,0	–	–
Gesamteiweiß g/l	57,0	51,0	–	–
Trypsin (Pankreopathie) ng/ml	202	125	–	–
Cholinesterase (Hepatopathie) u/l	10233	9575	–	–
Urinwerte:				
Albumin mg/l	3270	–	3068	1859
Gesamteiweiß mg/l	4499	–	6237	2852

Die Gesamtclearance, normiert auf die Körperoberfläche, liegt am 14.9.1995 bei 258,6 ml/min, also im unteren Bereich der Altersnorm.

funktion regelmäßig kontrolliert (siehe Tab. 4). Am 12.5. Therapie mit Kortisonsalbe durch den Hautarzt. Nach einer Konsultation im Dialysezentrum Siegburg Anfang Juni 1995 Therapie mit Furosemid, Nifedipin, Digimerck, Atenolol. Anschließend homöopathische Behandlung mit den KUF-Reihen Kreatininum, Kreatinum, Coenzym und Urea pura D4 sowie Ubichinon-Injeel und Auriculo-Akupunktur.
Vom 25.7.–11.8.1995 Therapie mit Regeneresen:

10 Amp. Niere
je 3 Amp. Hypothalamus, Hypophyse tot. masc.
je 5 Amp. Nebenniere tot., Leber

Eine identische Serie ab Anfang Oktober 1995 wird mit 6 Amp./Woche i. v. verabreicht.

Fall 10: A. W., weiblich, Jahrgang 1928. Die Patientin leidet seit Jahren an Diabetes mellitus. 1995 entwickelt sich eine Nephrose mit ausgeprägter glomerulär-tubulärer Mischproteinurie. Die Befunde sind im einzelnen der Tabelle 5 zu entnehmen. Im **Mai 1995** wird die Patientin in einer 1. Serie mit Regeneresen behandelt:

15 Amp. Niere
je 5 Amp. Leber, Nebenniere tot., Pankreas je 3 Amp. Hypothalamus, Hypophyse tot. fem.

Die 2. Serie folgt im **Juni 1995:**
20 Amp. Niere
je 5 Amp. Leber, Pankreas

Seit **Mitte August** wird die Patientin in Dauertherapie wöchentlich mit 4 Ampullen Niere behandelt. Dadurch konnte die Proteinurie deutlich gebessert und die Gesamtclearance in den unteren Bereich der Altersnorm angehoben werden. 2mal jährlich ist eine Mitbehandlung des Regelkreises mit Hypophyse tot. fem. und Nebenniere total vorgesehen.
Patienten unter regelmäßiger Dialyse sind natürlich nicht mehr kausal mit Regeneresen behandelbar. Jedoch sprechen einige Begleiterkrankungen von Dialysepatienten gut auf Regeneresen an. Zunächst wieder ein Fall von *Hahne* [4].

Fall 11: Patientin Jahrgang 1921; 1989 im 6. Jahr dialysepflichtig wegen Phenacetinniere, vor 10 Jahren Hepatitis.
Die tägliche Urinausscheidung lag bei etwa 30 bis 50 ml. Die Patientin litt unter starkem Hautjucken, starker kleieartiger Schuppenbildung, besonders der behaarten Kopfhaut, Kopfschmerzen, Schlafstörungen und Depressionen. Sie bekam zunächst Sepia Tabletten D12 morgens und abends 1 Tablette, dazu Carduus cpl. 351 von Pflüger im täglichen Wechsel mit Taxus cpl. 156 von Pflüger sowie Interacton Ampullen von Enzypharm, von denen sie morgens und abends 1 Ampulle mit etwas Wasser verdünnt einnahm. Dazu folgende Regeneresen:

je 5 Ampullen Niere und Leber
je 3 Ampullen Thymus, Placenta fem., Dünndarm und Dickdarm

Zweimal wöchentlich wurde 1 Ampulle i.m. injiziert. Der Gesamtzustand der Patientin ändert sich innerhalb von drei bis vier Wochen geradezu unglaublich. Das Hautjukken, die starke Schuppenbildung bildeten sich völlig zurück, was ihr eine ungeheure Erleichterung war.

Die Gemütslage hellte sich deutlich auf und die Kopfschmerzen und Schlafstörungen haben sich deutlich gebessert. Diese Behandlung wurde zweimal im Abstand von drei bis vier Jahren zur Prophylaxe wiederholt, die Bescherden hatten sich nicht wieder verschlimmert.

Fall 12: Patientin Jahrgang 1926; 178 cm groß und 120 kg schwer (Walküre-Typ); seit Jahren Patientin im Dialysezentrum von Prof. Wilbrandt in Bonn. Auch sie litt wegen der Stoffwechselerkrankung unter Ekzemen mit Schuppenhaut und Jucken. Anfang 1993 wurde sie mit folgenden Regeneresen behandelt:

6 Amp. Haut
5 Amp. Zwischenhirn
4 Amp. Thymus
je 3 Amp. Bindegewebe, Hypophyse tot., Leber, Milz, Nebenniere tot., Ovar
2 Amp. Schilddrüse
1 Amp. Nebenschilddrüse

Auch bei dieser Patientin bildeten sich die Hautsymptome unter der Therapie mit Regeneresen vollkommen zurück.

Die Therapieansätze sind bei den Patientinnen 11 und 12 völlig verschieden. Dies erklärt sich dadurch, daß bei Patientin 11 zur Entlastung der Haut vorwiegend die noch vorhandene Restsekretion der Niere und die Verbesserung von Leber und der nachgeschalteten Stoffwechselorgane im Vordergrund stand. Bei Patientin 12 wurde demgegenüber ein Therapieansatz gewählt, der sich primär an der Haut orientiert und sich in ähnlicher Form bei Neurodermitis gut bewährt hat.

Die dargestellten Fallbeispiele zeigen, daß es nicht das Behandlungsprinzip Organotherapie ist, ausgehend beispielsweise vom Serumkreatininwert eine Monotherapie mit Niere in einer vom Kreatininwert abhängigen Gesamtmenge durchzuführen. Vielmehr sind Regeneresen auszuwählen, welche die Krankheitsursache und/oder relevante Begleiterkrankungen mitbehandeln. Die Langzeitprognose streng individuell behandelter Patienten ist deutlich günstiger als die derjenigen Patienten, die nur mit einer Monotherapie mit Niere behandelt werden.

Literatur

[1] *Mathkies, F.:* Nach Nierentransplantation bessert sich vor allem eine Neuropathie. Ärztezeitung 14/124 [15] vom 7.7.1995.

[2] *Nuyts, G. D.,* u.a.: New occupational risk for chronic renal failure. Lancet 346 (1995) 8966.

[3] *Erley, C. M., Duda, S. H.:* Nephropathie durch Kontrastmittel – Pathogenose und Prävention. Dtsch. med. Wschr. 120 (1995) 806.

[4] *Hahne, H. E.:* Behandlung von Nieren- und Augenerkrankungen mit RNA. In: Fortbildungsseminare Regeneresen 1993 [88–100]. Ralf Reglin Verlag, Köln 1994.

Korrespondenzadresse:
Dr. rer. nat. *Gerhard Gerster*
von-Humboldt-Str. 127
50259 Pulheim