



Eine biologisch regulative Therapie bei Darmerkrankungen

Mit Schwerpunkt der Diverticulitis und rezidivierenden Colitis

von Dr. med. Thomas Rau

veröffentlicht in SANUM-Post Nr. 23/1993, Seite 2 - 6

Das Intestinum, insbesondere das Colon, ist mit seiner immens großen Schleimhautoberfläche mit bis zu 1200 m² ein Zentrum regulativer Vorgänge des Körpers. Durch seine schnelle Erneuerungs- und Umbaurate von nur wenigen Tagen birgt der Darm auch eine ungeheure Vitalität, welche sich in Symptomen intensiv ausdrücken kann. Diese Symptome, seien es z.B. Durchfälle, Flatulenz, aber auch entzündlich-reaktive Vorgänge mit Schmerzen, führen den Patienten zum Arzt.

Diese Symptome sind aber nicht Krankheit, sondern Ausdruck intensiver Regulationsvorgänge und müssen in ihrer Botschaft auf den ganzen Körper bezogen erkannt und unterstützt werden. Erst die medizinische Unterdrückung der Symptome, ohne also die Ursache der die Beschwerden auslösenden Regulationsvorgänge zu beseitigen, führen zu einer wirklichen Darm- oder Immunkrankheit, so z.B. als Folge einer antiexsudativen oder antiphlogistischen Langzeittherapie. Hierbei können dann durch Deposition toxischer Stoffe oder langdauernde Überforderung des Immunsystems bei Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten der Darm und die ihn umgebenden Peyerschen Plaques nachhaltig geschädigt werden, auch kann eine enterohepatische Intoxikation entstehen.

So wird verständlich, daß in folgenden Ausführungen die Therapie der Diverticulitis derjenigen der Colitis ulcerosa oder des Morbus Crohn sehr ähnlich ist. Diese Therapien beste-

hen vor allem in der Unterstützung der Ausscheidung durch ausleitende Maßnahmen, der Meidung aller allergenen Substanzen in der Nahrung und der Anregung der regulativen Funktionen des Darmes. Gerade der Darm ist wegen seiner überaus großen Vitalität der allopathischen Therapie mit ihren vielfach blockierenden Wirkungen oft sehr schlecht, der regulativ-biologischen Therapie dagegen sehr gut zugänglich.

Therapie-Erfahrungen aus der Praxis

In unserer Praxis allgemeinmedizinischer Art und der Kurmedizin beobachteten und behandelten wird in einem Zeitraum von über zwei Jahren mehr als 30 Patienten mit klinisch typischer Diverticulitis und rezidivierender Colitis. Diese Patienten erfuhren eine erfahrungsmedizinisch-regulative Therapie, einschließlich einer Diät und Ausleitungstherapie. Folgende Diagnosekriterien lagen dieser Therapie zugrunde:

- Es handelte sich wenigstens um ein Rezidiv
- Es bestanden starke konstante oder regional krampfartige und mindestens einen Tag dauernde Bauchschmerzen
- Es bestand regionaler Peritonismus
- Es bestanden Stuhlregulationsstörungen akut und/oder nach Anamnese
- Für die Leukozytenzahl war eine Grenze von ca. 12000/mm³ erreicht.

Anamnestisch hatte meist kurz vor dem behandelten Rezidiv eine Periode stärkerer Diätfehler (wie bei Festtagen) mit vermehrtem Verzehr von Eiweiß - insbesondere in Form von Schweinefleisch - bestanden, häufig kombiniert mit vermehrtem Verzehr zuckerhaltiger Speisen und langem Sitzen. Bei den meisten Patienten war der behandelte Schub bereits das x-te Rezidiv. Auf Befragen klagten alle Patienten über schon lange bestehende, lästig stinkende Flatulenz als Ausdruck einer Fäulnisflora des Darmes bzw. einer Dysbiose. Mehr als die Hälfte der Patienten hatte schon Hämorrhoidalschübe erlitten, alle Patienten hatten bereits seit längerem gelblich-pastige Beläge auf dem hinteren Zungenteil, wiesen also schon Zeichen einer länger bestehenden intestinal-hepatischen Überlastung auf. Das Durchschnittsalter aller Patienten betrug nur 54 Jahre, die Geschlechtsverteilung lag bei fast 1:1.

10 Patienten sind früher bereits einmal colonoskopiert worden, und alle Patienten sind früher einmal antibiotisch oder sogar stationär wegen einer Diverticulitis oder wegen Colitis-Schüben behandelt worden. Fast alle Patienten hatten bereits Quell-Laxantien erhalten. Keiner der von uns beobachteten Patienten war scheinbar früher einmal informiert worden über die Zusammenhänge zwischen fäulnisbildenden Speisen, zuckerhaltigen und damit pilzbegünstigenden Speisen und der für die Diverticulitis ursächlichen Dysbiose, d.h. Insuffizienz der Darmflora. Wir sahen in unserem Kurzentrum auch immer wie-



der postoperative, sigmoidrezezierte Patienten, welche vor ihrem Eingriff und danach nie konsequent diätetisch oder/und mit Symbioseaufbau behandelt worden waren.

Untersuchungsbefunde ergaben chronische Zustände

Die Untersuchungsbefunde zeigten immer den regional starken Druckschmerz, den lokalen Peritonismus, mehrheitlich links. Die Patienten waren leicht bis mittelgradig adipös, mit schlaffem Abdomen, schwacher Bauchmuskulatur und wenig Bauchatmung. Als schlechtes Zeichen und Ausdruck von einem Übergang aus der Reaktions- und Ausscheidungsphase in eine Depositionsphase nach *Reckeweg* zeigten mehrere Patienten bereits regional stark verminderte Darmgeräusche. Zwei Patienten hatten schon einen derben divertikulitischen Tumor und einer sogar eine beim Einlauf kaum mit dem dünnen Einmalkatheder passierbare entzündliche Stenose. Diese war aber nach ca. zwei Wochen der Behandlung in der Kontrollcolonoskopie nicht mehr nachweisbar.

Die Laboruntersuchungen sind im allgemeinen nicht ergiebig und helfen kaum weiter, um zu guten therapeutischen Entscheidungen zu kommen. Die BSR-Werte konnten auch bei starken Beschwerdeschüben normal sein und hängen wahrscheinlich stärker zusammen mit der hepatischen Reaktion, der Eiweißsituation und der enterohepatischen Autointoxikation. Die Ic-Werte waren teils erhöht, teils normal, korrelierten nicht mit der Stärke des klinischen Bildes und waren weder diagnostisch noch therapeutisch im Einzelfall verwertbar.

Die Stuhlproben auf Occultblut waren nur teilweise positiv und für die therapeutische Entscheidung auch kaum verwertbar, sie waren aber für die Diagnosestrategie wichtig, indem alle hämoccult-positiven Patienten nach der akuten Phase colonoskopiert

wurden. Es konnte ein villöses Adenom mit Ca. in situ gefunden und operativ entfernt werden. Nach Abklingen der Beschwerden und nach Behandlung waren bei fast allen Patienten die Hämoccultproben wieder mehrmals negativ.

Die Stuhl-Bakteriologien zeigen bei der Diverticulitis/Colitis vermehrt Candidabefall, was ein sehr wichtiges Indiz für eine Dysbiose ist. Das beschreiben auch *Kolb* (mit bis zu 80% Candidabefall bei Colitis) und *Werthmann/Hartmann* in der SANUM-Post Nr. 19. Die Candidabesiedelung ist immer pathologisch, kann aber nicht leicht getestet werden und wird auch üblicherweise leider nicht in Stuhlbakteriologien getestet oder aber nur als „Superinfekt“ normal interpretiert. Zum Nachweis des Befalls wird frischer Stuhl benötigt, der bis zum Test nicht mehr als ein Tag alt sein darf. Die Candidabesiedelung ist immer und meist langfristig therapiebedürftig. Wir haben bei 80% der Proben von Diverticulitis-Patienten Candida-Wachstum nachweisen können, während andere Autoren bei „Darmgesunden“ einen Befall nur bei 5% fanden.

Die CEA-Titer im Serum sind als diagnostische und therapeutische Entscheidungshilfe nicht verwertbar, sie zeigten un stabile Resultate mit breiter Streuung. Wir erachten aber CEA-Werte im Serum von über 5 ng/ml als kontrollbedürftig, bei gleichzeitig positiven Hämoccultbefunden auch als Indikation zur Colonoskopie, die jedoch erst durchgeführt wird nach Abklingen des akuten Diverticulitis-Schubes unter der noch vorzustellenden Therapie.

Die Stuhlproben lagen vor Therapiebeginn fast ausnahmslos im sauren Bereich, wahrscheinlich als Ausdruck der sauren Gärung oder eines „Notventils“ zur intestinalen Säure-Elimination. Der Stuhl-pH-Wert darmgesunder und im Säure-Basen-Stoffwechsel ausgeglichener Menschen ist basisch. Das saure Milieu

begünstigt ebenfalls - ähnlich wie bei den früheren Antibiotika-Therapien - die Candida-Cyclogenie und damit den enteralen Pilzbefall.

Wesentliche Aspekte der Therapie

Die ganzheitliche Therapie der Diverticulitis und sehr ähnlich auch anderer Colitiden, sogar des M. Crohn und der Colitis ulcerosa, muß wegen der Akuität und Gefährlichkeit des Leidens immer engmaschig und sehr individuell erfolgen. Sie bewirkt im wesentlichen

- Darmreinigung und Ausscheidung toxischer Produkte
- Aufbau der Darmflora
- pH-Wert-Regulation
- Immunaufbau.

Hierzu beinhaltet die Therapie eine abgestimmte Diät, Einläufe, Symbioselenkung mit SANUM-Präparaten, Basenzufuhr, Mineralstoffersatz und immunbiologische Stimulanz mit SANUM-Präparaten.

Die Therapiemaßnahmen im einzelnen

Die medizinische Diät

Es gibt über die Diät bei der Colitis viele Publikationen, so z.B. von *Waerland, Schaub, Rauch (nach F.X. Mayer)*, welche zur Lektüre sehr zu empfehlen sind. Diesen Ergebnissen möchte ich eigentlich nur das Kriterium der Hypoallergenität hinzufügen, und zwar in Anbetracht der massiv zunehmenden Nahrungsmittel-Allergien und sonstigen Unverträglichkeiten, vor allem auf tierische Eiweiße. Dazu zählt nicht nur das Fleisch, sondern auch die Kuhmilch und das Hühnerei. Ausführlich beschrieben ist das in dem Buch „Enterale Allergien“ von *Werthmann*.

Zur Therapie baut sich unsere Diät wie folgt auf:

1. Nahrungskarenz von 2 bis 3 Tagen zur Entlastung des Darmes und zur Enteiweißung. Bei Hämatokritwerten von über 40% kann auch länger gefastet werden. Während dieser Phase gibt



- es nur Kräutertees, 1 bis 2 Liter pro Tag, als ganz schwachen Kamillen-, Pfefferminz- oder Fencheltee, dazu ca. 0,5 Liter Breuss-Säfte.
2. Anschließend erfolgt langsamer Aufbau mit einer Base-Suppe, die sich wie folgt zusammensetzt: Sellerie, grüne Bohnen, statt Bohnen eventuell Linsen oder Kartoffeln und Zucchetti. Alles wird zu gleichen Teilen mittelfein geschnitten und 10 bis 20 Minuten lang schwach gekocht. Danach wird das Gemüse abgeseigt und nur die Gemüsebrühe mit 3 bis 5 dl morgens zum schluckweisen Trinken gegeben.
 3. Je nach Verlauf und Abnahme der Beschwerden gibt es nach 3 bis 6 Tagen Kartoffelpüree, Karottensuppe, eventuell harte Semmeln, die gründlich einzuspeicheln sind, oder vorsichtig Sauermilchprodukte, auch Hafersuppe etc.
 4. Danach erfolgt langsamer Kostaufbau, immer unter dem Kriterium der Baselastigkeit und mit völligem Fleischverbot (zumindest anfänglich), wobei begleitend zumeist ALKALA N verabreicht wird.
 5. Etwa nach einer Woche gibt es Rohkost, die länger beibehalten wird, und zwar vor allem feinstgeraffelte Karotten, welche durch ihren hohen Gehalt an Beta-Carotin einen antiphlogistischen und antioxidativ-carcinompräventiven Effekt haben.
 6. Es besteht bleibendes Verbot gegenüber allen Schweinefleischprodukten im Hinblick auf die darin enthaltenen Allergene, das Histamin sowie wegen der adrenalinartigen Substanzen in dem Fleisch; das Verbot gilt auch zur Reduktion der Fäulnis-Flora.
 7. Es besteht völliges und bleibendes Verbot des Industriezuckers und aller zuckerhaltiger Speisen, um einen Abbau der immer pathologischen Candida-Flora zu erreichen, welche bei der Diverticulitis zumeist chronisch besteht.
 8. Langfristig ist eine hypoallergene Kost (nach *Werthmann*, leicht modifiziert) empfohlen, die keine Kuhmilch und Milchprodukte, keine Hühnereier und Eiprodukte, kein Schweinefleisch, keine Sardinen und Sardellen, kein Hasenfleisch, keine Zitrusfrüchte, auch keine Kiwis und keine Zuckerspeisen und zuckrige Getränke enthalten darf. Diese Kost ist langdauernd deshalb angebracht, da die Colitis wie auch die Diverticulitis meist Ausdruck einer lange zuvor gestörten Regulationsfähigkeit ist, mit Überlastung und Erschöpfung des intestinalen Immunsystems. Während des Aufbaues der Darmflora wie auch der Schleimhautzotten sollten diese mit den häufigsten Allergenen möglichst wenig konfrontiert werden, weshalb diese Diät an sich bei den meisten chronisch immunbelastenden und entzündlichen Krankheiten zu empfehlen ist. Es zeigen sich bei der von uns durchgeführten Regulationstherapie sehr häufig die Befunde der Nahrungsmittel-Allergie bei den verschiedensten Regulationsstörungen und Krankheiten, was dieser Diät immer wieder ihre Berechtigung gibt.
 9. Langfristig empfehlen wir einen hohen Rohkostanteil in der Ernährung mit feingeraffeltem Gemüse, wobei aber ein langsamer und vorsichtiger Einstieg in die Rohkost angezeigt ist. Um nächtliche Gärungen gerade zu Beginn zu vermeiden, sollte abends mit dem Rohkostverzehr Zurückhaltung geübt werden. Die schleimhautschützende Wirkung des Beta-Carotins in der Rohkost ist wichtig. Hierbei ist auch eine carcinopräventive Wirkung anzunehmen, was bei Diverticuliden mit ihrer massiv erhöhten Colonicarcinom-Inzidenz besonders wichtig ist. Der hohe Anteil der Pflanzenfasern in der Rohkost wirkt zudem auch der Bildung toxischer Abbauprodukte - wie vor allem der krebserregenden Nitrosamine - entgegen.
 10. Der sehr häufige Magnesiummangel besonders bei Colitis-kranken verschlimmert durch Darmspasmen und zusätzliche Diarrhoe die Colitis. Auf ausreichend hohe Magnesiumzufuhr ist daher zu achten, zumal Magnesium auch basisch wirkt und Säuren aus dem Eiweißstoffwechsel bindet. Medikamentös kommt Magnesium vorzugsweise in Form von Magnesium-Orotat mit 100 bis 200 mg pro Tag zum Einsatz. Auch magnesiumreiche Kost ist anzustreben, etwa mit Bananen, Cashewnüssen, Sojaprodukten, Weizenkleie, Haferflocken etc.

Die therapeutischen Einläufe

Einläufe werden anfangs täglich mit ansteigender Menge gegeben; in unserem Zentrum wird alternativ auch eine Colon-Hydrotherapie durchgeführt. Am ersten Tag besteht der Einlauf aus ca. 300 ml schwachem und lauwarmem Kamillentee, meist mit ca. ½ Meßlöffel ALKALA N. Danach steigt die Einlaufmenge täglich mehr und mehr bis zu einem Liter an, womit jeweils zwei Einläufe täglich abfolgt werden. Je nach Lokalisation des Hauptschmerzes muß höher, dann langsamer, oder weniger hoch und dafür mehrmals instilliert werden. Zu jedem Instillationsgang werden zumeist 20 bis 30 Tropfen NOTAKEHL D5 hinzugegeben. Instilliert wird mit der einfachen Klysopumpe und einem 18er Einmalkatheder für Männer.

Der Kamillentee wird für Einläufe wegen einer eher schleimhautaustrocknenden Wirkung und einer geringen Säurelastigkeit nur an ein bis zwei



Bild 1: Die Verabreichung eines therapeutischen Einlaufes bei einer Patientin



Bild 2 und 3: Verabfolgung einer ärztlichen Spezialmassage bei darmerkrankter Patientin

Tagen gegeben. Danach werden die Einläufe mit einer speziellen Tee-mischung nach Dr. *Karsch* gegeben, die eine Mischung von gequetschten Mengen Fenchel (2 Teile), Wacholder (2 Teile), Aloepulver (1 Teil) und Foenum gracum (Boxhornkraut, 1 Teil) darstellt. Diese Mischung läßt man etwa 10 Minuten lang schwach kochen. Nach dem Abkühlen werden dem Sud NOTAKEHL D5-Tropfen und ALKALA N zugesetzt. Der Einlauf mit dieser Flüssigkeit hat eine besonders leberanregende und entgiftende Wirkung. Bei mehreren Einlaufverabreichungen werden dem letzten Einlauf zum Schluß ca. 20 ml Leinsamenöl zugegeben.

Der therapeutische Säure-Basen-Ausgleich

Bei den meisten chronisch entzündlichen Krankheiten besteht eine Gewebeübersäuerung, die eine vermehrte Säure-Sekretion der Schleimhäute bedingt. Diese wiederum reizt die Schleimhautoberfläche, weshalb wir mit Hilfe der Einläufe die enterale Säureausscheidung puffern und so die Säure-Rückresorption hemmen. Gleichzeitig wird zumeist ALKALA N als wirkungsvolles Basenmittel oral gegeben. Die Problematik des gestörten Säure-Basen-Haushaltes kann hier nicht weiter abgehandelt werden. Hingewiesen wird auf das aufschlußreiche Buch „Praxis des Säure-Basen-Haushalts“ von *Worlitschek*.

Die medikamentöse Therapie

Der Symbioseaufbau wird medikamentös zweigleisig durchgeführt. Begonnen wird mit NOTAKEHL-Tabletten, täglich 2x 1. Zusätzlich kann NOTAKEHL auch mit 5 bis 10 Tropfen in der Einlaufflüssigkeit verabreicht werden. Nach 3 bis 4 Tagen kombinieren wir mit FORTAKEHL-Tabletten, täglich 2x 1. Erst nach Abklingen der akuten Symptome gehen wir über auf ALBICANSAN, täglich 1 Kapsel, und/oder PEFRAKEHL, täglich 1 Kapsel, dies während einer Spanne von nochmals ca. 10 Tagen.

Erst hiernach erfolgt ein Übergang auf eine Dauerbehandlung mit SANKOMBI-Tropfen, täglich 2x 10 Tropfen, alternativ mit MUCOKEHL- und NIGERSAN-Tabletten, vorzugsweise bei Erwachsenen. Dabei sollten die MUCOKEHL-Tabletten als Yin-Medikament am besten morgens, und die NIGERSAN-Tabletten als Yang-Medikament am besten spät abends oder nachts eingenommen werden.

Bei Stuhl-Untersuchungsreihen hat Dr. *Werthmann* zeigen können, daß die vorstehend beschriebene Therapie zu einer Vermehrung der physiologischen Darmflora und zu einem Rückgang der Candida-Besiedelung führt sowie in ihrem Effekt einer Symbioselenkung gleichkommt. Das wird in Einzelfällen anfänglich noch unterstützt durch eine 2- bis 3wöchige Therapie mit Symbioflor 1, täglich 2x 20 Tropfen, oder mit Bioflorin, täglich 2x 1 Tablette.

Bei chronischen Colitiden (C. ulcerosa oder M. Crohn) geben wir meistens zusätzlich eine Enzymtherapie, z.B. mit Wobenzym, täglich 3x ½ Teelöffel voll, oder mit dem Kombucha-Tee. Bestehen anfänglich starke entzündliche Befunde, verabreichen wir zusätzlich Traumeel in Form von Tabletten, Injektionen oder als Zusatz zum Einlauf. Auch hat sich in Einzelfällen und zusätzlich die Neuraltherapie (Segmenttherapie) bewährt, und zwar mit einer Beimischung von NOTAKEHL und/oder Traumeel.

Hinsichtlich der notwendigen immunologischen Therapie gehen wir davon aus, daß mit der Colitis, aber auch mit der chronisch rezidivierenden Diverticulitis eine Störung der intestinalen Mucosa einhergeht, welche wiederum die intestinale Abwehr belastet. Das drückt sich aus in einer Störung der intestinalen Lymphknotensysteme, somit der wichtigen Peyerschen Plaques. Damit wird das Störfeld der Darmmucosa zu einem ganzen Organismus belastenden Herd mit konsekutiver Schwächung der Immunitätslage, mit erhöhter allgemeiner Krankheitsneigung und rezidivierenden Infekten etc. Auch intestinale Allergien werden als Ursache chronisch-entzündlicher Krankheiten zunehmend häufiger. Darauf weisen Arbeiten von Professor A. *Rost* und eigene Beobachtungen mit Hilfe der Kontakt-Regulations-Thermographie hin.



Aus diesen Gründen kombinieren wir die Therapie der Colitiden bzw. der rezidivierenden Diverticulitis immer mit einer immunologischen Reiztherapie mit SANUM-Präparaten. Anfänglich wird täglich REBAS D4 i.m. injiziert, eventuell auch kombiniert mit der Neuraltherapie in Verbindung mit NOTAKEHL, wie bereits ausgeführt. Diese Behandlung geht über 1 bis 2 Wochen. Dann erfolgt peroraler Reiz-Aufbau mit RECARCIN und UTILIN in Form von Kapseln mit wöchentlich je 1 Kapsel frühmorgens an verschiedenen und möglichst nicht aufeinanderfolgenden Tagen (z.B. an einem Sonntag und an einem Mittwoch). Ab der dritten bis vierten

Woche wird die Dreierkombination UTILIN, RECARCIN und LATENSIN verabreicht, und zwar auch wöchentlich mit je 1 Kapsel.

Liegen allergische Faktoren vor, z.B. eine Nahrungsmittel-Allergie, eine Atopie, eine allergisch-lymphatische Diathese in der Irisdiagnostik oder Gelenkprobleme, so geben wir ab ca. der vierten Woche eine i.m.-Injektion monatlich mit UTILIN „S“ schwach oder oral 1 Kapsel UTILIN „S“ stark, wobei dann in dieser Woche UTILIN, RECARCIN und LATENSIN nicht verabreicht werden.

Mit der hier vorgestellten komplexen Therapie haben wir alle genannten

Fälle von Diverticulitis, aber auch einzelne Fälle von schwerer Colitis (Morbus Crohn) ambulant erfolgreich behandeln können. Rezidive kamen vor, zumeist im Zusammenhang mit Diätfehlern und bei allgemein säurelastiger Gesamtsituation. In einem Falle konnte colonoskopisch das Verschwinden einer vorher nicht passierbaren entzündlichen Sigma-Stenose festgestellt werden. Ein Antibiotikum wurde nur ein einziges Mal und nur sehr kurzdauernd verabreicht; wegen der Notwendigkeit einer Reise während des Auftretens eines akuten Rezidivs wurden ausnahmsweise 100 mg Doxycyclin gegeben.