

Das funktionelle Eiweißprofil nach C.E.I.A.

Der aktuelle Fall ... Der aktuelle Fall ... Der aktuelle Fall ... Der aktuelle Fall

Fall n° 12

Was war zuerst — die Entzündung oder die Insulinresistenz?

Patientin Ilse V. , geb. am 02.10.1977

Anamnese

- Keine Vorerkrankungen
- Dauermedikation: Kontrazeptiva
- Familienanamnese: Großmutter mütterlicherseits hatte Diabetes mellitus, Großvater väterlicherseits Gicht
- Beim Vater (BMI 27) besteht ein hypergrünes Profil im Rahmen einer Fasciitis plantaris gesehen werden

Beschwerdebild am 9.11.2010

Die junge Frau vom Land, sie arbeitet in einem Großmarkt, hatte mich auf Rat ihres Vaters aufgesucht, den ich wegen einer therapieresistenten Fasciitis im Fußsohlenbereich behandelte.

Sie berichtete von chronischen Schmerzen im Bereich der Gelenke und zervikal ausgelösten Kopfschmerzen. Sie war wegen eines HWS-Syndroms seit 3 Wochen krankgeschrieben.

Der klinische Befund war wenig erhellend. Sie hatte innerhalb der vergangenen 11 Jahre 5 kg zugenommen, das Gewicht von aktuell 57 kg bei einer Körpergröße von 158cm entspricht einem BMI von 22,83, auf den ersten Blick alles unauffällig.

Laborbefund vom 9.11.2010

- BSG 5 mm
- Leukozyten 6770/ml
- Neutrophile 58,9 %
- Lymphozytosen 33,7 %
- CRP 0,17 mg%
- Gesamtcholesterin 2,51 g/L
- HDL-C 0,84 g/L
- LDL-C 1,44 g/L
- Verhältnis gC/HDL-C 3

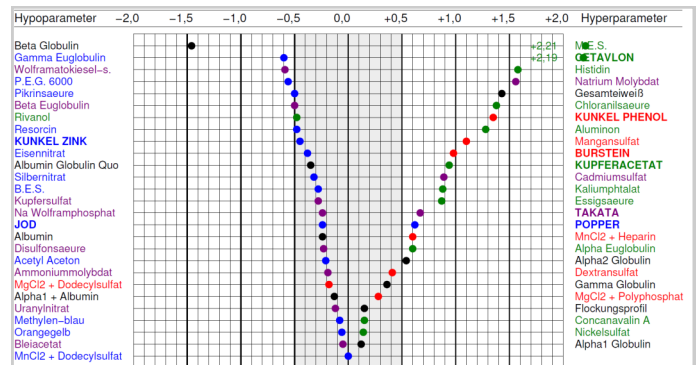
Beurteilung

Normalbefund, kein Hinweis auf entzündliche Veränderungen. Daraufhin wurde ein funktionelles Eiweißprofil erstellt.

1. Eiweißprofil vom 16.11.2010

Beurteilung

- Rechtsasymmetrie
- deutliche Erhöhung der **grünen Parameter** (zelluläre Immunität) und auch der **roten Parameter** (Komplementsystem, neurovegetative Störung)



Die **erhöhten grünen Glykoproteine** spiegeln eine **Entzündung** wider (vor allem in Gestalt der Parameter **MES** und **Cetavlon** als Hinweis auf akute **Arthritis**), obwohl das klassische Labor an diesem Punkt schwieg. Dass der Schmerz multifaktoriell war, zeigte die begleitende Erhöhung der **roten Lipoproteine** (wobei **Kunkel Phenol** und **Mangansulfat** führen). Obwohl das klassische Labor normal war, korrelierte diese vermehrte Reaktion der **Lipoproteine** mit einem HDL-Wert, der für eine Patientin von 33 Jahren viel zu hoch war (0,84g/l, der Wert sollte in diesem Alter bei 0,57—0,73 g/l liegen).

Auch das deutlich verschobene Verhältnis von HDL zu LDL deutete darauf hin, dass bei dieser Patientin HDL aus der Gruppe der **Lipoproteine** dominierte. Und das bedeutete neuronale Hyperaktivität, mit andern Worten: Schmerz.

Therapiemaßnahmen aufgrund des Profils

Bei einem solchen Kombinationstyp aus **Hypergrün** und **Hyperrot** denkt man an eine diabetische Neuropathie oder eine ähnliche Pathologie, was bei dieser jungen, sportlichen Patientin mit ihrem normalen Körpergewicht und den normalen, klassischen Laborergebnissen auf den ersten Blick völlig abwegig war.

Ich entschied mich daher für eine milde Therapie mit den empfohlenen oralen Biomodulatoren (Spartium junceum Urntinktur, Cuprum muriaticum D5 und Bitter-orangenöl), in Kombination mit GLYCEPURE®, womit der Dominanz der **Glykoproteine** (mit Hinweis auf eine unterstellte Stoffwechselentgleisung) Rechnung getragen wurde: GLYCEPURE® enthält Chrompicolinat, Zimt und Biotin, Substanzen die regulierend auf den Blutzuckerspiegel wirken.

Verlauf

Ich sah die Patientin im Februar 2011 wieder: Die Beschwerden hatten sich nicht nur nicht gebessert, es hatte sich eine Lumbago hinzugesellt, nachdem sie innerhalb ihres Unternehmens versetzt worden war. Daraus schloss ich, dass die **grünen, entzündlichen Glykoproteine** sich wahrscheinlich nicht signifikant verändert hatten.

Kommentar

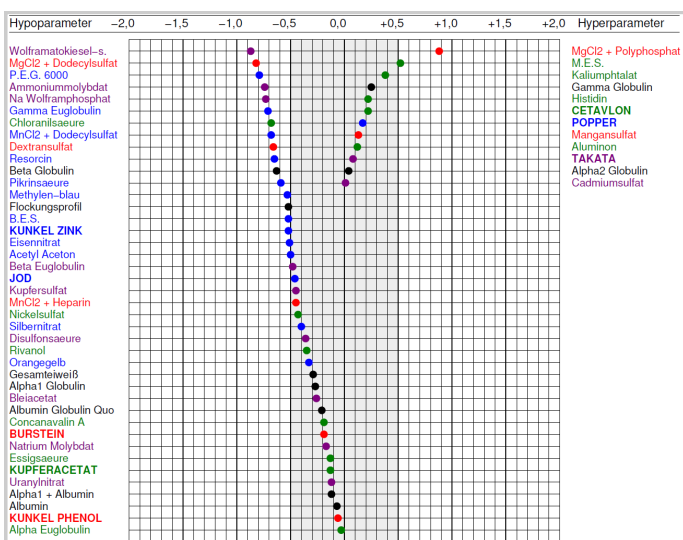
Bleibt eine Reaktion auf therapeutische Maßnahmen bei **hypergrünen Profilen** aus, sollte man auch an eine bestehende Insulinresistenz denken. Eine solche „widerstehende“ **hypergrüne Typologie** weist auf einen Prädiabetes hin. Einige dieser Patientenprofile sind homogen **hypergrün** und damit als Stoffwechselerkrankung und Entzündung zu interpretieren. Andere Profile zeigen einen klassischen Mischtyp aus **Hypergrün** und **Hyperrot**, wobei anzunehmen ist, dass das **Hyperrot** als Folge des Diabetes sich zuerst entwickelte und die entzündlichen **Glykoproteine** sekundär auftraten. Diese Patienten weisen ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen auf und müssen dringend entsprechend behandelt werden.

Eine isolierte Behandlung der **Hyperlipidämie** (z.B. Antifractionen, hyperrotes Elixier) korrigiert in diesen Fällen zwar die **hyperroten Parameter**, nicht jedoch die **hypergrünen**. Dies unterstreicht nochmals die vorrangige Bedeutung der erhöhten **roten Parameter** als Hinweis auf eine mögliche Insulinresistenz, ausgelöst durch ein überstark ausgeprägtes viszerale Fettgewebe. Die einzige sinnvolle therapeutische Maßnahme lautet: Abnehmen.

Es waren erhebliche Überzeugungskräfte notwendig, um der Patientin zu erklären, dass sie bei normalem BMI abnehmen sollte.

3 Monate später, im Mai 2011 hatte sie 3 kg Gewicht verloren (54 kg, BMI 21.63), worauf die Kopfschmerzen und Arthralgien ohne zusätzliche Therapie deutlich zurück gegangen waren.

2. Eiweißprofil vom 8.08.2011



Anfang August 2011 kam die Patientin zu einem Kontrollprofil, ihr Gewicht hatte sie inzwischen um insgesamt 4,5 kg auf 52,5 kg reduziert (aktueller BMI = 21).

Beurteilung

- Die **entzündlichen Glykoproteine** lassen sich noch wiederfinden, allerdings innerhalb des Bereichs akzeptabler Werte. Im Moment ist die Patientin beschwerdefrei, sollte sie jedoch erneut zunehmen, werden die Schmerzen zurückkehren, das ist sicher!
- Auch die **Lipoproteine** mit Hinweis auf eine neurovegetative Reaktion haben sich normalisiert.

Als Basistherapie habe ich der Patienten das Gemmotherapeutikum Rosa canina D1 macerat verordnet, entsprechend der Computer-gestützten Empfehlung aus dem zweiten Eiweißprofil.

Zusammenfassung

Dieser Fall ist ein vielleicht extremes Beispiel dafür, welche Bedeutung das Körpergewicht, insbesondere das viszerale Fettgewebe, für die Fälle mit therapieresistenten **hypergrünen Profilen** und klinischen Beschwerden wie Schmerzen und Entzündung hat. Dabei sollte man die offiziellen Normwerte für Körpergewicht und BMI nicht einfach hinnehmen. Ich bin überzeugt davon, dass jeder für sich eine individuelle BMI-Schwelle hat, oberhalb derer metabolische Faktoren sich verschlechtern (also eine Insulinresistenz entsteht) oder – umgekehrt durch Gewichtsreduktion – verbessern.

Daraus folgt, dass die Korrelation zwischen solchen Stoffwechselfparametern und der Gewichtskurve nicht linear, sondern im Bereich dieser Schwelle gekrümmt ist. Das funktionelle Eiweißprofil nach CEIA ermöglicht, diese Schwelle zu bestimmen.

Darüberhinaus kann über das Eiweißprofil das Risiko einer diabetischen Erkrankung, wie in dem Fall der Patientin, deutlich früher aufgedeckt werden, als mit dem herkömmlichen Labor. Ich bin zuversichtlich, dass Patienten, die die positive Wirkung einer Gewichtsabnahme auf ihre chronischen Beschwerden erlebt haben, motiviert sind, ihre Gewicht weiter zu kontrollieren.

Autor: Dr. Sus Herbosch

CEIA Deutschland Hauptstr. 75 a 55481 Kirchberg	Tel: +49 6763 3032 919 Fax: +49 6763 3032 921
CEIA Benelux Sint-Michielslaan 119 1040 Brussel	Tel: +32 2 736 04 58 Fax: +32 2 736 58 02
CEIA Iberica C/ Joncar 4 46137 Playa Puebla Farnals	Tel: +34 961 46 31 36 Fax: +34 961 46 16 19
CEIA France Château des Carbonnières 69640 Lacenas	Tel : +33 474 67 48 00 Fax: +33 474 67 48 10
CEIA Canada 9 Chemin des Pensées Sainte Anne des Lacs, PQ, JoR 1Bo	Tel: (450) 224 3048
e-mail : info@ceia.com www.ceia.com	