

# EDTA NYT

12. årgang

Nr. 3 - september 2006

Udgivet af Landsforeningen for medicinsk behandling af åreforkalkning med EDTA





# ”At springe ud...”

v/ læge Per Andersen, Institut for Orthomolekylær Medicin, Lyngby

I 2005 startede jeg som fjerde lægelige ”skud på stammen” på Institut for Orthomolekylær Medicin (IOM) i Lyngby. Min baggrund er den, at jeg er læge fra 1983 og alment praktiserende læge fra 1994. I mange år har jeg interesseret mig mere alment for alternativ behandling og det tog mere håndgribelig form fra 1999, da en kollega og jeg begyndte at arrangere årlige uge-kurser om alternativ behandling for alment praktiserende læger i Danmark, hvor bl.a. kollegerne Claus Hancke og Ole Købke fra IOM samt Knut Flytlie fra Vejle deltager som nogle af underviserne. Kurserne blev fra starten en succes og skal i øvrigt i år afholdes for 7. gang. Et af resultaterne fra disse kurser, er, at der bliver skabt større lægefaglig åbenhed i forhold til alternative behandlingsmuligheder, og jeg oplever, at mange alment praktiserende læger er blevet mere åbne, fri og ligefrem interesserede i, at patienter benytter alternativ behandling.

Grundlaget for vores videre samarbejde opstod blandt andet gennem vores tætte kontakt omkring kurserne. Som uddannet alment praktiserende læge ved jeg, at der bliver lavet meget seriøst arbejde i almen praksis, men.... Der er nogle bekymrende problemer, blandt andet på grund af kronisk tidsnød, økonomisk styring og manglende mulighed/interesse for at gå ind i nogle behandlings-strategier, som ikke er ”mainstream”. Desuden møder man i almen praksis ofte patienter med problemstillinger, hvor lægerne i for høj grad udfører behandling, som alene ”stiller på skruerne”, bedrer noget på nogle symptomer, men slet ikke går nok ind på grundlæggende – og måske af mange opfattet som tidsrøvende - forebyggelse.

Ingen tvivl om, at man er god til at diagnosticere i almen praksis og i det etablerede, men der er alt for megen fokus på symptom-behandling og ikke nok på kausal behandling. Et klokkerent eksempel på, at det kan gøres anderledes, er EDTA-behandling, som

mange af læserne af EDTA-NYT også personligt har erfaret.

Hvor er jeg dog glad for og stolt af at medvirke aktivt til, at den enkelte patient kan opnå bedre livskvalitet, men jeg er jo også vældig imponeret over at vide, at EDTA-behandling entydigt har nedsat behovet for medicinsk behandling, ballon-dilatationer i kar, bypass-operationer og stents i hjerte og ben, ben-amputationer etc.

Hvor er jeg fascineret af, at der er nogle *reelle* muligheder for helt konkret at hjælpe patienter med kredsløbsproblemer *udover* de muligheder, der er i det etablerede system.

Og hvor er det dog givende at holde møder og konferencer med kolleger, som begejstret kan fortælle den ene historie efter den anden om EDTA-behandlingens entydige og spændende resultater. Den form for begejstring hører man sjældent på lægemøder i det etablerede system.

Specielt i USA foregår der megen forskning vedrørende EDTA, og hvert år er der flere af os, som deltager der i stort anlagte internationale konferencer – og hver gang kommer der spændende nyt.

Der er *meget* langt mellem de patienter, hvor man må konkludere, at EDTA-behandlingen ikke viste sig at være effektiv nok. Omvendt er der *ikke* langt mellem de patienter i almen praksis, hvor man må konkludere, at en eller anden given behandling ikke var optimal. På IOM prøver vi – ligesom de øvrige læger, der behandler med EDTA - at være så åbne og aktive som overhovedet muligt i forhold til at håndtere problemstillinger. Jeg håber, at vi kan bidrage til at øge fagligheden i vores strategier, og at vi stille og roligt kan medvirke til, at EDTA-behandling bliver alment accepteret og dermed noget, som *enhver* kredsløbs-patient også bliver tilbudt.

## EDTA-NYT

Udgiver: Landsforeningen for medicinsk behandling af åreforkalkning med EDTA.

Ansvarshavende: Willy Odgaard

Forsidefoto: *Fra den årlige træskibssejlsads „Limfjorden Rundt“.* Foto: N. J. Kruse, Løgstør

Oplag: 1.300 eksemplarer - Tryk: Gefion Tryk, Næstved - Næste nr. udkommer december 2006 - ISSN: 1600-3047



# Så langt så godt!

Jeg forstyrrede i foråret, efter udgivelsen af EDTA-NYT nr. 1, indeholdende mit indlæg om tilskud til vore behandlinger, telefonisk ca. 400 af EDTA Patientforeningens medlemmer for at få klarhed over deres evt. medlemskab af Sygeforsikringen "DANMARK". Jeg gjorde det, da jeg ønskede at få de af vore medlemmer, der også var i "DANMARK" til at indsende et forslag til deres respektive kredse, gående ud på at EDTA behandlingen skulle blive tilskudsberettiget.

DANMARK afholdt 24 medlemsmøder, og på de 23 møder indgik vort forslag, med vore medlemmer støtte, i dagsordenen. Kun i én kreds, Horsens-kredsen, blev vort forslag ikke behandlet, grundet en fodfejl fra min side. Hvilket jeg beklager meget.

Foreningens bestyrelse, medlemmer, amts-repræsentanter og undertegnede mødte frem på møderne, hvor vi efter bedste evne argumenterede for vort forslag. Stort set fik vi alle steder en god modtagelse. DANMARK blev tilsyneladende overrasket over at vort forslag blev indsendt over hele landet. Men modargumentationen fra de lokale formænd/kvindes side bar tydelig præg af, at være blevet leveret fra DANMARKS ledelse.

Mødeformen var meget forskellig. Nogle steder var der korrekt afstemning blandt de stemmeberettigede medlemmer fra kredsen. Andre steder udvirkede dirigenten at forslaget skulle behandles af det lokale repræsentantskabsmøde uden afstemning. **Og andre steder blev forslaget afvist ?**

## Og hvorledes gik det så ?

Der var ingen møder i 6 kredse, og i en kreds blev forslaget ikke behandlet. 279.949 medlemmer, 18,94 %. Med 82 repræsentanter.

Imod forslaget efter stemmeafgivning: 4 kredse med 368.622 medlemmer, 24,94 %. Med 89 repræsentanter. 26 stemmer for og 74 stemmer imod.

For forslaget ved stemmeafgivning: 8 kredse med 463.977 medlemmer, 31,39%. Med 132 repræsentanter. 185 stemmer for og 84 stemmer imod.

Imod forslaget af anden årsag : 5 kredse med 136.383, 9,23%, Med 60 repræsentanter.

For forslaget uden afstemning: 6 kredse med 229.197 medlemmer, 15,51%, Med 94 repræsentanter. Her må bemærkes at i én af kredsene (Randers) blev forslaget vedtaget ved akklamation (klappet igennem).

Vi kan udrede at 81,07 % af DANMARKS stemmeberettigede medlemmer (over 16 år) kunne stemme, hvis de var mødt frem. De kredse hvor der var afstemning der gik imod vort forslag, samt hvor stemningen var negativ dækker 34,17% af DANMARKS stemmeberettigede.

De kredse hvor der var afstemning, der støttede vort forslag, samt kredse hvor holdningen var positiv dækker 46,9% af Danmarks stemmeberettigede medlemmer. Altså med en klar overvægt. En overvægt i stemmeandelen hvilket enhver demokratisk styre/ forsamling ville fryde sig over og acceptere.

Jeg blev allerede på et tidligt tidspunkt i forløbet gjort opmærksom på, at selvom vort forslag blev vedtaget, ville en yderligere behandling blive foretaget på de lokale repræsentantskabsmøder og videre til DANMARKS delegeret møde i efteråret, der er den højeste myndighed

En negativ oplevelse på møderne var det lille fremmøde af såkaldte "alm. medlemmer". Mange af de fremmødte var tydeligt de allerede valgte repræsentanter samt deres suppleanter. Og da det ifgl. vedtægterne i DANMARK er repræsentantskabet, hvis medlemmer er valgt på samme møder, der er kredsens øverste myndighed, kan det undre meget, ja virkelig meget, at samtlige repræsentantskabsmøder senere forkastede vort forslag. Dette får mig til at spørge mig selv, om det kun er valgene af repræsentanter der har betydning på medlemsmøderne, og retten til at indsende forslag til vedtagelse på demokratisk vis kun er en illusion.

Det er dog foreningens agt at forfølge vort forslag på delegeretmødet i DANMARK, og i givet fald genfremsætte vort forslag til næste år.

Jeg har en tilståelse, samt en bøn at gøre Jer medlemmer, der har et DANMARK medlemskab. De oplysninger jeg fik af Jer telefonisk er desværre blevet slettet på min computer. (Træerne vokser jo ikke ind i himlen). Kan jeg få Jer til at ringe til mig (97 53 54 28) eller "maile" ([erikhc@privat.dk](mailto:erikhc@privat.dk)) om Jeres medlemskab af DANMARK. Allerbedst om morgenen.

En særdeles positiv sidegevinst til vort forslag er den store interesse vor behandling og dens resultater fik på møderne. Til stort set alle møder blev vi "krydsforhørt" om vor behandling og hvor den praktiseres. Og det er jo ikke så ring endda.

Foreningen takker Jer alle for Jeres hjælp og støtte, og håber I vil forsætte.

Med venlig hilsen

Erik Højstrup Christensen  
Bakkevej 36, Dommerby  
7840 Højslev  
97535428

# HOLD SÅ OP MED DE KOSTTILSKUD!

Mandag morgen havde Motions- og Ernæringsrådet indkaldt til pressemøde vedrørende udsendelsen af deres nye rapport imod antioxidanter.

Præcis samme mandag morgen læser man i Ugeskrift for læger en tre siders artikel af Motions- og Ernæringsrådet om samme emne, og dertil en farverig og dramatiserende leder forfattet af Ernæringsrådets tidligere formand Arne Astrup, kendt som bannerfører for de mere ortodokse vitaminfornægttere.

Samme morgen kunne man sandelig også læse nyheden i aviserne allerede inden pressemødet. Alt dette affyret præcist og samtidigt, som var det fra et Stalin-orgel.

Hvilken smuk og stilren orkestrering af en nyhed på en ellers så nyhedsfattig og trist mandag morgen i agurketiden.

Det eneste, der måske kunne bryde den smukke opsætning lidt, var, at der ikke var tale om nogen nyhed.

Rapporten var en gennemgang og opsummering af en lang række velkendte, udvalgte videnskabelige artikler, hvoraf nogen var for, men de fleste imod, brugen af specielt syntetiske antioxidanter, hvoraf betakaroten og vitamin-E blev specielt fremhævet.

Seriøse folk i Ernæringsrådet har omhyggeligt gennemlæst alle disse studier, og de hæfter sig specielt ved den manglende effekt af ovennævnte, hvilket Vitalrådet til dels er enig i. Vi er ganske enige i det nytteløse i at indtage syntetisk vitamin-E (som f.eks. findes i visse slankepulvere) og syntetisk betakaroten, som næppe har nogen gavnlige effekt.

Der er dog aldrig indrapporteret dødsfald på grund af disse, som det f.eks. er tilfældet med visse slankepiller.

Vitalrådet er også meget imponeret over den skråsikkerhed, hvormed både Ernæringsrådet og dets tidligere formand konkluderer på grundlag af denne rapport.

En skråsikkerhed, som slet ikke deles af internationalt højt ansete forskere i nobelprisklassen som f.eks. Louis Ignarro, Lester Packer, Mark Levine, John Hathcock med flere, som er langt mere forbeholdne i deres vurderinger.

Det er også lidt tyndt, at slæbe gamle artikler frem, og børste støvet af dem, -uden at nævne, at de har været imødegået i de selv samme tidsskrifter, hvor de har været publiceret (f.eks. Lancet 2004;364:1219-28).

Det er jo det, der er hele essensen af at publicere i et anerkendt tidsskrift. -At studiet kan imødegås og kritiseres. Når dette er sket, bør de ikke genanvendes, uden at man nævner denne imødegåelse.

Der er flere artikler af høj kvalitet, som vi savner. Det giver indtryk af en hildet udvælgelse af de anvendte artikler, og det er lidt synd for den ellers fine rapport, som specielt på de første 40 sider udmærker sig ved en glimrende gennemgang af begreberne oxidation, reduktion, frie radikaler og antioxidanter samt deres indvirkning på kroppens fedtstoffer og proteiner.

Motions- og Ernæringsrådet lægger naturligt nok hovedvægten på en sund og varieret kost, og her er vi naturligvis rørende enige. Måske blot med en lidt mere realistisk opfattelse af lødigheden af danskernes kost.

Det er meget vanskeligt, at få tilstrækkeligt med f.eks. selen og D-vitamin i kosten, og C-vitamin-indholdet i sydfrugterne lever slet ikke op til kosttabelleterne, som udgår fra frisk frugt.

Megen frugt plukkes ganske umoden, og gasses med etylén for at se moden ud efter det lange ophold på lageret. En frisk appelsin indeholder godt 50 mg C-vitamin pr. 100 g, men efter lagring indeholder den ofte under 10 mg, lige nok til at holde skørbug fra døren.

Forskeren Anne-Marie Mayer har på Cornell University undersøgt engelske data indsamlet fra 1930-1980, der viste et nedsat indhold af mineraler i 20 grøntsager i denne periode. (British Food Journal 1997, vol 99, no. 6, side 207-211).

Framingham undersøgelsen og senest Østerbro undersøgelsen viser at spec. mænd over 60 har betydende B vitaminmangel, og Donald Davis dokumenterede i dec-2004 i Journal of the American College of Nutrition (Vol. 23, No. 6, 669-682) et tab af 7 vitaminer og mineraler i kosten fra 1950 til 1999.

Det er ikke nemt at få tilstrækkeligt af såvel mikro- som makro næringsstoffer i den danske kost. Især behovet for selen, jod, folinsyre, B12- og D-vitamin er vanskeligt at tilfredsstille gennem sin kost.

Specielt er det et stort problem for ældre, som ikke indtager de 10 MJ, som man i rapporten går ud fra. De har stort set ingen fysisk aktivitet, og indtager måske derfor blot 5 MJ, hvilket nærmer sig kroppens energibehov i hvile.

Denne gruppe er stærk eksponeret for vitamin- og mineralmangel, og er helt afhængige af at kunne supplere deres kost.

Rapporten roder også en del rundt i begreberne kosttilskud og lægemidler, og betragter f.eks. Q10 som et kosttilskud. Det er det ikke. Det er et lægemiddel. De i mange af forsøgene anvendte doser er heller ikke kosttilskudsdoser, men lægemiddeldoser.

Alligevel bruger man disse studier til at skabe angst for brugen af kosttilskud, og i lederen i Ugeskrift for Læger får den lige en ekstra tand, så læseren for en sikkerheds skyld generelt frarådes at ordinere alle kosttilskud, der ikke er lavet interventionsstudier på.

Så er det da godt, folk kan finde ud af at købe dem selv, for det er ikke mange producenter af kosttilskud, der har ressourcer til at lave interventionsstudier til mange millioner kroner på et produkt, de ikke kan tage patent på.

Rapporten indeholder også ganske mange positive holdninger, og det er da med glæde, at vi noterer os, at det endelig fra officiel side slås fast, at C-vitamin ikke forårsager nyresten.

Dette bør noteres af de, der i fremtiden skal skrive om C-vitamin i bøger og artikler.

Med hensyn til sikkerheden, så er der først og fremmest fundet risiko ved brug af syntetiske produkter, og ikke naturlige, som findes i de fleste kosttilskud i dag.

For det andet er den fundne risiko af meget teoretisk art, og findes kun ved hjælp af statistiske krumspring. Hvis man anvender mere anerkendte statistiske metoder, vil der ikke findes overrisiko (Lancet 2004; 364:Lederen). I det hele taget er det et spørgsmål, hvor

relevant det er at anvende syntetiske produkter til at danne en dokumentation, hvis resultater bruges til at skræmme folk fra at bruge naturlige produkter.

Det er set før, at man har brugt dokumentation af én medicin til at miskreditere en anden medicin, men det er ærligt talt ikke særligt videnskabeligt.

En anden stor fejlkilde ved disse meta-analyser er, at de udvalgte studier er så forskelligartede i deres inklusion, eksklusion, præmisser, data og resultatopgørelse, at man knap nok kan stille dem sammen på et ark papir.

Angelo Azzi, Jeffrey Blumberg, Tammy Bray, Annette Dickinson, Balz Frei, Ishwarlal Jialal, Carol S Johnston, Frank J Kelly, Klaus Kraemer, Lester Packer, Sampath Parthasarathy, Helmut Sies og Maret G Traber har i øvrigt sidste år i American Journal of Clinical Nutrition (Vol. 81;4:736-745) dokumenteret, at Vitamin-E og C er sikre, selv i store doser.

Der er brug for meget mere viden på dette felt. Og frem for at trække gamle heste ud af stalden, ville det være velgørende at se initiativer til nye, solide studier, som kun kan udføres ved offentlig finansiering. Der er hårdt brug for et interventionsstudie af C-vitamin og naturligt E-vitamin i kombination til rimeligt raske personer, og herefter vurdere deres udvikling af f.eks. åreforkalkning. Dette er ikke gjort, selv om det er her, man kunne forvente et resultat, men det er en helt anden historie.

Tilbage står vi med en genstridig befolkning som trods denne rapport fortsætter med at indtage deres antioxidanter, vitaminer og mineraler, som det passer dem. Men det største problem er de forbrugere, som – nu mod bedre vidende - hårdnakket påstår, at de har fået det aldeles glimrende, efter at de er begyndt at tage deres kosttilskud.

*Hvad bilder de sig ind?*

Vitalrådets nyhedstjeneste 22. august 2006.

Yderligere oplysninger:

*Speciallæge Claus Hancke*

*Speciallæge Niels Hertz*

Vitalrådet - [www.vitalraadet.dk](http://www.vitalraadet.dk)

Lyngby Hovedgade 37

2800 Kgs. Lyngby

Tlf.: 45 88 09 00



# Helhedsorienteret behandling af åreforkalkning

v/ lægerne Ole Købke og Per Andersen,  
Institut for Orthomolekylær Medicin, Lyngby



Åreforkalkning er en yderst almindelig tilstand. Det er en sygdom, der gennem de sidste 100 år dels er steget i hyppighed dels optræder tidligere og tidligere i livet.

**Årsagerne** til at der dannes fedt og kalk i pulsårerne er der forsket meget i, men der er fortsat en række ukendte faktorer, som forskerne leder intensivt efter. Sygdommen betragtes som en multifaktoriel lidelse – d.v.s. en sygdom med mange forskellige årsager: rygning, forhøjet blodtryk, sukkersyge, forhøjet jernindhold og uhensigtsmæssig fedtstofsammensætning i blodet, manglende motion, stress, arv – for blot at nævne et par stykker.

**Symptomerne** ved sygdommen er ligeledes mangeartede – fra ingen symptomer til symptomer i en række forskellige organer: angina pectoris, blodprop i hjertet, smerter i benene (vindueskigger- sygdommen), blodpropper i hjernen og demens.

**Den traditionelle behandling** tager først og fremmest udgangspunkt i at reducere symptomerne, men der er endnu ikke fundet en effektiv behandling, der kan fjerne sygdommen.

For at behandle en multifaktoriel sygdom må man også vælge en multifaktoriel behandlings strategi. Den amerikanske læge Dean Ornish har gennem sin forskning vist at en sådan strategi har en overordentlig stor effekt – endog bedre end den traditionelle – og det helt uden bivirkninger eller risici for patienten.

Dean Ornish har påvist at ”bløde” behandlingsprincipper som kostomlægning, motion, rygeophør, stressreducerende teknikker (fx. yoga, afspænding, visualisering) og psykisk støttende samtaler kunne reducere symptomer og endog reducere forsnævrede blodkar.

På Institut for Orthomolekylær Medicin har vi i mange år anvendt EDTA, som har vist sig at kunne reducere åreforkalkning. Sammen med denne behandling anvendes en række vitaminer og mineraler, der dels sikrer at kroppen ikke kommer i underskud, og dels forbedrer effekten af EDTA-behandlingen.

Som et vigtigt supplement til denne dropbehandling planlægger vi at vejlede i overensstemmelse med de erfaringer Dean Ornish har dokumenteret i bøger og artikler. Dvs at vi lægger op til en betydelig grad af selvansvar med os som vejledere og hjælpere til at

opstille teknikker/redskaber til at forstå fysiske og psykiske signaler. Endvidere skal vi bidrage med evalueringer samt medvirke til at patienterne føler sig trygge i forløbet.

For at give den optimale behandling er det nødvendigt at tage udgangspunkt i den enkelte patient – og udarbejde en personlig sundhedsprofil.

Negative sygdomsfremmende faktorer:	Positive sygdoms forebyggende faktorer:
Tobak	Regelmæssig motion
Stress	Sund kost
Overvægt	Stressreducerende teknikker
Arv	Glæde
Depression	Tryghed
Inaktivitet	Sund fedtfordeling i blodet
Forhøjet blodtryk	Normalt blodtryk

## Sygdoms - og sundhedsfremmende faktorer:

Vi kan dele sygdomsfremmende og sundhedsfremmende faktorer op i biologiske og psykiske/socialle. Begge grupper er vigtige og meget forskellige i deres karakter. De biologiske forhold kan vi måle og veje – de psykiske tilstande er vanskelige at måle, og her må vi bruge vore egne oplevelser.

## Biologiske faktorer ( de hårde fakta):

Tobak - Motion - Vægt - Kost - Kosttilskud - Fiskeolier - Q 10 - Antioxydanter - Magnesium - Vitaminer - Spiritus - Blodtryk - Blodsukker - Kolesterol - Forskellige blodprøver - Tungmetaller - Gangdistance - Hvile EKG - Arbejds EKG - Trykmålinger i ben.

## Tobak:

Tobak – især cigaretter - er meget væsentlig i forhold til udvikling af åreforkalkning. Hvert sug af en cigaret danner milliarder af frie radikaler som bl.a. laver alvorlige skader på blodkarrene. Virkningen af EDTA behandling og fx bypass operation bliver betydelig ringere, hvis man fortsætter rygningen. Det er derfor vigtigt at stoppe helt med rygning.

Det er ganske vist nemmere sagt end gjort, men her

gælder alle knob; kurser i tobaksafvænning, nikotinplastre, akupunktur, hypnose, ”en kold Tyrker” eller hvad det nu måtte være.

### **Motion:**

Når man hører ordet motion tænker de fleste på løb, workout, fitness maskiner og lign, men motion er meget andet og mindre end dette. Motion er i virkeligheden al form for bevægelse.

De fleste af os har brug for daglig motion, idet vore daglige gøremål stort set er uden væsentlig fysisk aktivitet.

Motion er vigtig for mennesker med åreforkalkning af flere årsager:

- Forbedrer kredsløbet. Styrker hjertets pumpekraft. Stimulerer kroppen til at danne flere blodkar fx hos mennesker med ”vindueskigger sygdom”.
- Reducerer markant risikoen for at få blodpropper i hjertet hos mennesker med forkalkning i kranspulsårerne.
- Forbedrer fedtfordelingen i blodet, bl.a. kolesteroltallene.
- Forbedrer blodsukkerbalancen.
- Sænker blodtrykket.
- Normaliserer vægten.
- Virker stressreducerende.
- Øger livskvaliteten.
- Reducerer depressionstendens.

### **Hvilken motion er den bedste?**

Det er ikke ligegyldigt hvilken motionsform man vælger. Generelt er den såkaldte kredsløbstræning eller aerob træning den bedste. Det er en træningsform hvor der stilles krav til hjertets evne til at pumpe store mængder blod rundt i kredsløbet, men ikke under noget højt blodtryk. Hvis hjertet skal præstere et højt blodtryk belastes det meget mere - det er typisk den belastning man udsættes for under styrketræning. Dvs styrketræning er ikke optimal træning for pt. med hjerte-kar problemer i særdeleshed ikke for hjertepatienter.

Ex. på kredsløbstræning er gåture, løb, cykelture, svømning, havearbejde og rengøring.

### **Hvor hårdt skal man træne?**

Dette er naturligvis meget individuelt. I de senere år er der kommet mange undersøgelser, der viser at det er vigtigere, at man motionerer flere timer ugentlig end at man træner hårdt. En enkel regel er, at man er opmærksom på vejrtrækningen. Kan man lige tale almindeligt sammen når man motionerer, er niveauet fint. Man behøver altså ikke at blive voldsomt forpustet for at få effekt. En anden måde er at trække vejret gennem næsen. Hvis man motionerer for kraftigt kan man ikke trække vejret på denne måde, men må lukke munden op for at få luft nok.

Et andet forhold man er blevet klar over i de senere år handler om mængden af motion – dvs i hvor lang tid er det bedst at motionere?

Her gælder reglen om ca ½ time hver dag og gerne mere. Noget nyt og overraskende er, at man godt kan motionere i mange korte perioder og så lægge alle disse perioder sammen. Det vigtigste er, at den samlede træningstid kommer op på ca. 3-4 timer om ugen.

Et sidste mål for, hvor meget motion der er godt, er at tælle skridt. Her skal man gerne op på 10.000 skridt om dagen.

Det er vigtigt, at man går langsomt frem. Hvis man tror man kan klare det samme som man plejer – måske før man blev syg – bliver man nemt skuffet, får en dårlig oplevelse og stopper måske igen.

Det er derfor vigtigt at man lærer at mærke efter hvordan kroppen reagerer på motion. Er der noget der gør ondt? Bliver man forpustet? Kommer der kraftig hjertebanken? Bliver pulsen uregelmæssig og lign.

### **Et par vigtige tommelfingerregler:**

- 1) Ved åreforkalkning i hjertet må det ikke gøre ondt, når man motionerer. Hvis der kommer smerter stopper man op. Hvis smerterne går væk, kan man igen påbegynde motionen, men i et langsommere tempo. Hvis smerterne ikke går væk skal man tage et pust eller en tablet Nitroglycerin. Dette kan gentages, hvis smerterne stadig ikke går væk. Hvis de fortsætter, bør man tilses af læge snarest.
- 2) Ved åreforkalkning i benene - den såkaldte vindueskiggersygdom - må det derimod gerne gøre ondt. Her går man til der kommer smerter i benene og når de ikke er til at holde ud mere stopper man op til de igen forsvinder. Sådan bliver men ved. Dette forbedrer dannelsen af nye blodkar i benene.

### **Vægten:**

Jo større vægt man har i forhold til den optimale desto større belastning lægger man på kredsløbet især hjertet. Man kan vurdere sin vægt ud fra det såkaldte BMI eller Body Mass Index. Det beregnes ud fra følgende lille formel: Vægten (målt i kg) divideret med højden ganget med sig selv (målt i m) – fx  $70 \text{ kg} / 1,75 \text{ m} \times 1,75 \text{ m} = 22,8$ . Dette tal kan man så sammenligne med en tabel og se hvordan ens BMI forholder sig til risiko for sygdom. BMI mellem 19 og 24 for kvinder og mellem 20 og 25 for mænd anses for normale.

Det er især fordelingen af fedt på kroppen der har betydning for om man udvikler sygdomme. I den sammenhæng er det farligere at have en æblefacon – hvor fedtet overvejende sidder på maven eller omkring tarmene – end det er at have den mere kvindelige fedtfordeling, pærefaconen. Her sidder fedtet på hofter, balder og lår.

Er vægten over det anbefalede, vil vi sammen lægge en plan for hvordan den kan bringes ned. Her er en gylden regel, at man må have tålmodighed og ikke gå for hurtigt frem.

### **Kosten:**

Ingen tvivl om at mange mennesker har spist sig til deres åreforkalkning. Skal processen vendes er der en række ting man bør være opmærksom på.

Undgå raffinerede produkter som sukker, hvidt brød og hvid pasta.

Fedt er livsnødvendigt, men det skal være i den rigtige mængde og af den rette karakter. Ved opvarmning ødelægges visse fedtmolekyler og kan blive yderst skadelige. Fx er friturefedt den rene gift, da den ofte er lavet af dårlige fedtstoffer og har været opvarmet til meget høje temperaturer i lang tid.

Til opvarmning er olivenolie bedst. På brød er det ikke nødvendigt med fedtstof - ofte bare en vane - men her er det bedre at anvende skrabet smør end margarine. Lidt nødder og mandler giver nogle gode fedtstoffer. Frugt og grønt kan man næsten ikke spise nok af. Især de farvede frugter, bær og grøntsager indeholder vigtige sundhedsfremmende stoffer.

M.h.t. kød er det bedst at spise fede fisk og fjerkræ uden skin. Kød fra firbenede dyr skal helst være vildt eller fra græssende dyr. Sørg for at drikke rigeligt i løbet af dagen. Hvis man er dehydreret - dvs mangler væske - bliver blodet mere tykflydende og har dermed større tendens til at danne blodpropper.

### **Kosttilskud:**

Når man er i behandling i klinikken med EDTA, er der nogle vitaminer og mineraler vi ofte anbefaler, dels for at forbedre effekten af behandlingen, dels for at modvirke tab af vigtige stoffer som er en naturlig del af EDTA behandlingen og desuden for at styrke kredsløbet.

### **Multivitamin-/Antioxidanter.**

Her anvender vi et bredt sammensat vitaminprodukt tilsat væsentlige mineraler, sporstoffer og vigtige hjælpestoffer. Det er meget vigtigt at tage dette fast under hele behandlingsperioden med EDTA, da det forbedrer effekten af behandlingen og sikrer at man erstatter de stoffer som EDTA behandlingen naturligt vil vaske ud.

### **Fiskeolier:**

Omega 3 fedtsyren har mange forskellige effekter i den menneskelige krop, da de bl.a. indgår som en del af vore cellevægge. I forbindelse med åreforkalkning er det i undersøgelser vist, at omega 3 fedtsyrer øger smidigheden af de røde blodceller, modvirker at hjertet udvikler livstruende rytmeforstyrrelser fx i forbindelse med en blodprop samt forbedrer fedtbalancen i blodet.

### **Magnesium:**

Magnesium er et stof, mange mennesker har for lidt af i kroppen. Det er et naturligt stof, der findes fx i grøntbladede grøntsager.

Hvis der er underskud af magnesium kan der opstå rytmeforstyrrelser i hjertet og pulsårerne fx kranspulsårerne kan have tendens til at gå i kramper.

Større doser virker afførende, men det er svært at overdosere.

### **Q 10:**

Dette stof anvender vi næsten altid hvis patienten er i behandling med de såkaldte statiner, som gives mod forhøjet kolesterol. Årsagen er, at hvis man tager statiner, så hæmmes kroppen i at lave kolesterol og det er jo hensigten, men samtidig hæmmes også evnen til at lave Q10. Dette stof bruger cellerne i kroppen til at danne energi med. Hvis man har for lidt Q10 kan der opstå træthed og i værste fald en nedsat pumpefunktion i hjertet. Muligvis er det også mangel på Q10, der kan give den ubehagelige betændelseslignende tilstand i musklerne, der er en relativ hyppig bivirkning ved statinerne.

### **Andre kosttilskud**

såsom L-Carnitin, Pycnogenol, Polycosanol, nikotinsyre samt visse aminosyrer. Hvidløg er bedst frisk, men kapsler kan også anvendes..

Ginkgo biloba - tempeltræ, er først og fremmest kendt for at øge blodforsyningen til forskellige væv i kroppen, fx øger den blodgennemstrømningen i hjernen.

### **Vin og spiritus:**

I rødvin er der derimod en gruppe af stoffer der hedder flavonoider. Man regner i dag med at det er disse stoffer der har den beskyttende effekt overfor åreforkalkning. Undersøgelser har vist, at hvis man drikker 1-2 glas rødvin dagligt er risikoen for at udvikle åreforkalkning mindre end hvis man slet ikke drikker eller hvis man drikker mere end de to glas.

### **Blodtryk:**

Forhøjet blodtryk er en meget almindelig lidelse i hele den vestlige verden.

Det er sjældent at man finder én årsag til forhøjet blodtryk, så man regner med at det har noget med vores livsstil at gøre. F.eks. ved vi at overvægt, manglende motion, arvelige forhold, stress, tobaksrygning, spiritus og sågar lakridsindtagelse kan være medvirkende årsager.

Der er en række ikke-farmakologiske (dvs ikke lægemidler) råd man kan følge, som kan være med til at normalisere trykket og som kan anvendes sammen med egentlige lægemidler.

Eksempler. på naturlige behandlingsmåder kan være: Regelmæssig motion, vægtreduktion for overvægtige,



stressreducerende teknikker (afspænding, akupunktur, visualisering, meditation), reducere spiritus, ophøre med tobak, passe på med meget salt i maden, i stedet kan man bruge Himalaya salt. Visse kosttilskud har også en blodtryksnedsættende virkning; magnesium, c-vitamin, hvidtjørn, fiskeolier, Pycnogenol, padderok og gyldenris-te.

Hvis blodtrykket ikke kan holdes nede med disse tiltag, må man bruge almindelige lægemidler, evt. i kombination med ovenstående.

### **Blodsukker:**

Patienter med sukkersyge har jo forhøjet blodsukker, men har ofte også en dårlig fedtfordeling i blodet. Ved denne lidelse ser man en øget tendens til åreforkalkning i de store pulsårer, men også forsnævninger i de helt små blodkar.

### **Kolesterol:**

Et let til moderat forhøjet kolesteroltal og de konsekvenser det har for mennesker, er et område udsat for store diskussioner.

Som hovedregel er høje tal af LDL uhensigtsmæssige hvorimod høje tal for HDL er gavnlige. Især er LDL, der bliver udsat for frie radikaler, farligt for blodkarrene. Ved denne kombination omdannes LDL til harsk LDL som er en vigtig faktor i udviklingen af åreforkalkning.

Det er nemt nok at nedsætte kolesteroltallene med statiner, men problemet er at også det "gode" HDL falder.

I mange tilfælde kan man forbedre forholdene mellem de forskellige kolesterol- og fedttal med vitaminer, mineraler, specifikke kosttilskud, ændring af kosten og endelig øget motion.

### **Tungmetaller:**

I vore daglige liv omgiver vi os med et meget stort antal stoffer som vi kun ved meget lidt om. Miljømedicinere regner med, at vi i en daglig husholdning omgiver os med ca. 30.000 stoffer. Vi deltager så at sige i et globalt eksperiment, da det kun er fremtiden, der vil kunne sige, om disse stoffer er sundhedsskadelige eller ufarlige.

Nogle af disse stoffer er tungmetallerne: Bly, kviksølv, cadmium, arsen, aluminium og thallium.

Vi har alle tungmetaller i kroppen. Kilder hertil er overvejende gennem kosten, vand, vaccinationer eller evt. gennem professionelt arbejde med dem.

Der er lavet en række undersøgelser der entydigt viser, at der er tale om stoffer med en helbredsmæssig risiko. Det viser sig, at der dannes mange frie radikaler i personer med tungmetalbelastning, som så fører til en række skader på cellerne. Desuden reagerer de med kroppens molekyler og kan indirekte starte betændelsesreaktioner – incl. åreforkalkning.

### **Syre – Base status:**

Kroppens syre-basestatus eller pH værdi er forbløffende konstant, når man tænker på, hvad vi bevidst eller oftest ubevidst gør for at bringe den ud af kurs. Selv ganske små ændringer betyder meget for hvordan cellerne har det og for hvordan de klarer deres stofskifte. Minimale ændringer kan faktisk betyde døden ikke alene for cellerne men for cellernes ejermand.

Det kan derfor heller ikke undre at kroppen er meget opmærksom på at dette ikke sker. Kroppen har flere såkaldte buffer-systemer, som træder i kraft, hvis vi bliver for sure eller basiske.

De ting der kan bringe vores pH ud af kurs er fx kosten, spiritus, manglende vitaminer og salte, kaffe, stress, kraftig motion, tungmetaller, kroniske sygdomme, infektioner for blot at nævne nogle få.

### **Psykiske/sociale faktorer (de bløde fakta):**

*Hjertet er en pumpe, som kræver opmærksomhed på det fysiske niveau, men vores hjerte er mere end blot en pumpe. En ægte læge er andet og mere end blot en blikkenslager, tekniker eller mekaniker. Vi har også et følelsesmæssigt hjerte, et psykologisk hjerte og et spirituelt hjerte.*

*(Dean Ornish)*

Som nævnt i introduktionen lavede den amerikanske læge og forsker Dean Ornish i slutningen af 1980-erne og frem en række spændende undersøgelser i relation til åreforkalkning.

Han var igennem sit daglige arbejde med åreforkalkningspatienter blevet frustreret over at selv om de gennemgik store operationer og tog medicin i årevis, så kom de igen og igen med tilbagefald af sygdommen. Han havde den hypotese, at der lå nogle psykiske og sociale faktorer bag om sygdommen, - nogle faktorer som hverken det etablerede lægesystem eller patienterne selv havde fokuseret på.

Hans første undersøgelse var at følge to grupper patienter som alle havde haft en blodprop i hjertet. Den ene gruppe fik den almindelige behandling og den anden fik en behandling, som Dean Ornish sammensatte.

Efter ét år sammenlignede Dean Ornish de to grupper. Det viste sig, at de patienter, der havde modtaget Ornish's program, subjektivt havde det bedre end dem, der havde fået den konventionelle behandling. Som noget yderst overraskende viste det sig også, at flere af patienterne i Ornish gruppen havde fået reduceret graden af åreforkalkning i kranspulsårerne i forhold til de undersøgelser, der var lavet før. Dette gjaldt ikke for den gruppe der havde fået den konventionelle behandling.

Det program, som Dean Ornish anvendte på den ene gruppe patienter, var ret enkel nemlig; kostændringer,

motion, hjælp til tobaksafvænning, psykisk støtte og stressreducerende teknikker. Dean Ornish lagde vægt på at man fulgte så mange af elementerne som mulig, da han mente de havde en forstærkende effekt på hinanden.

#### **Psykisk støtte:**

Det at få en sygdom - næsten uanset hvad det er eller hvor alvorlig den er - påvirker naturligvis et menneske psykisk. Hvis sygdommen er alvorlig, vil man blive konfronteret med sin egen dødelighed, - noget man måske ikke tidligere har gjort sig så mange tanker om. Åreforkalkning kan have mange sværhedsgrader og er en alvorlig sygdom, som både kan have mange ubehagelige symptomer og give indskrænkninger i ens dagligdag samt true én på livet.

Det viser sig at mange, som får en blodprop i hjertet efterfølgende oplever en depression. Det er desuden vist ved flere undersøgelser at netop disse mennesker har en større risiko for i fremtiden igen at få en blodprop. Tydeligvis en ond cirkel.

Dette at blive syg er for mange meget svært at håndtere, især hvis man er alene og ikke har nogen at tale med.

Dean Ornish gav sine patienter mulighed for at tale om det at have fået en kredsløbssygdom. Det var egentlig ikke nogen dyb psykolog-krævende terapi-situation, men blot en mulighed for at lufte sine tanker. Mange var også glade for at tale med "ligestillede" om deres sygdom så samtalerne kunne foregå i små patientgrupper, gerne med en supervisor.

#### **Stress reducerende teknikker:**

Stress giver for mange negative associationer, men stress er mange ting. Der skelnes i dag ofte imellem den gode stress og den dårlige. Den gode stress er der, hvor vi nok bliver presset, men hvor vi selv har en stor indflydelse på processen. Den vil ikke føles nær så belastende, som den stress hvor vi ikke har kontrol over situationen, halser bagefter og ikke kan nå de mange arbejdsopgaver.

Det at slappe af på kommando er ikke nemt, især ikke hvis man begynder at tænke over sin sygdom – så kan det modsatte nemt ske. Derfor er det for de fleste nødvendigt med nogle simple teknikker f. eks afspænding, vejtrækningsøvelser, yoga, visualisering og meditation.



## Mindeord over tidligere Landsretssagfører Jørn Scharling, Ørstedsgade 15, 5900 Rudkøbing

Jørn Scharling døde den 14. juni 2006, kort tid efter sin 90 års fødselsdag.

Fødselsdagen holdt Scharling i sit hjem sammen med hele familien.

Jørn Scharling sad i patientforeningens bestyrelse i to perioder. Første periode fra 1994 til 1999 og igen fra 2003 og indtil den 14. januar 2006 hvor han måtte trække sig tilbage på grund af svigtende kræfter.

Scharling har i bestyrelsesarbejdet været en god samarbejdspartner og været en stor støtte for de øvrige bestyrelses medlemmer. Det var også Scharling der i 2003 fostrede ideen til bogen med patientberetninger.

EDTA-behandlingen stod Scharling meget nær, han følte selv at ved EDTA-behandlingen havde han genvundet sit gode helbred.

I 1993 kunne Scharling ikke slå sin græsplæne, kunne ikke gå op ad trapper uden at standse op og kunne ikke holde ud at cykle. Året efter han var gået i behandling kunne han slå græsplænen, gå på trapper uden at blive forpustet, kunne kravle op i sit æbletræ og beskære det, og kunne genoptage sin friluftssport cykling og kajakroning.

Scharling arbejdede meget på at få EDTA behandlingen anerkendt af det offentlige sundhedsvæsen, han forsøgte bl.a. at påvirke lokalpolitikere til at få oplysninger om EDTA-behandlingens gode effekt ført frem for Sundhedsmyndighederne.

Scharlings energi og ideer var til stor inspiration for os alle i patientforeningen.

Æret være Jørn Scharlings minde

## Efterårets offentlige informationsmøder.

Pt. er det fastlagt at afholde flg. offentligt informationsmøder:

Mandag den 9. oktober kl. 19,30 på Aabenraa Sygehus, Egelund 10, 6200 Aabenraa.

Holbæk Sygehus, Festsalen, Gl. Ringstedvej, tirsdag den 21/11 kl. 19,30.

### Kort referat fra mødet i Holstebro

Mandag den 12. juni kl. 19.30 var der offentligt møde på sygehuset i Holstebro, hvor speciallæge Knut Flytlie, Vejle, holdt foredrag om EDTA-behandling.

Flytlie fortalte meget levende og på en forståelig måde om hvordan EDTA virker på åreforkalkning, herunder en historisk oversigt.

Endvidere fortalte Flytlie om de nødvendige tilskud af vitaminer og mineraler samt kostens betydning for et godt helbred.

Blandt de fremmødte ca. 100 personer var der stor spørgelyst. Flytlie besvarede spørgsmålene på en forståelig måde.

Mødet sluttede kl. 22.30.

## Projekt B O G E N

med patientberetninger der startede i 2003 er nu i skrivende stund klar og er sendt til bogtrykkeren.

Bogen, som er på 48 sider, indeholder udover 19 patientberetninger også et afsnit om EDTA-behandling, samt oplysning om det offentliges udgifter i 2005 til kredsløbssygdomme.

Bestyrelsen er godt tilfreds med det opnåede resultat.

Lidt mere oplysning om bogen i næste nr. af EDTA-NYT.

Lægelisten som vi plejer at bringe her på siden er under revision.

Ny revideret liste bringes i næste nummer af EDTA-NYT

## OPFORDRING TIL MEDLEMMERNE

Tilmeld jeres betaling af kontingent til Betalingservice - det sparer foreningen både tid og penge - og så „glemmer man ikke at betale til tiden

**Bestyrelse:**

Formand: **Willy Odgaard**, Herman Bangs Vej 3,  
8660 Skanderborg - Tlf. 86 52 19 19  
Mobil: 22 76 43 05 - e-mail: woc@vip.cybercity.dk

Næstformand: **Elsebeth Jagd Kaae**

Odensevej 154, 4700 Næstved - Tlf. 55 72 01 54  
e-mail: ks4142@stofanet.dk

**Bente Svarre**

Bødkærsmindvej 7, Thorning, 8620 Kjellerup  
Tlf. 86 88 03 04. e-mail: niels-svarre@wanadoo.dk

**Jørn S. Rasmussen**

Bjørnholt 39, 8520 Lystrup - Tlf. privat: 86 74 01 11  
Tlf. patientforeningen: 70 27 36 98  
e-mail: ag-j@rasmussen.mail.dk

**Bent Jørgensen**

Nørrevej 9, 2690 Karlslunde - Tlf. 46 15 00 18

**Suppleant:** Birte Andersen

Fåborgvej 37, 5762 V. Skerninge  
Tlf. 62 24 18 90

**Suppleant:** Inger Jørgensen,

Nørrevej 9, 2690 Karlslunde  
Tlf. 46 15 00 18

**Personer, der er tilknyttet Patientforeningen,  
med særlige opgaver:**

Kasserer: **Kenneth Svendsen**

Odensevej 154, 4700 Næstved - Tlf. 55 72 01 54  
e-mail: ks4142@stofanet.dk

**Erik Højstrup Christensen**

Konsulent i særlige anliggender  
Bakkevej 36, Dommerby, 7840 Højslev  
Tlf. 97535428  
e-mail: ehc@politik.dk



**EDTA-Patientforeningen**

Herman Bangs Vej 3, 8660 Skanderborg  
Tlf. 86 52 19 19 - Mobil: 22 76 43 05  
e-mail: woc@vip.cybercity.dk

Hjemmeside: [www.edta-patientforeningen.dk](http://www.edta-patientforeningen.dk)  
Patienttelefon: 70 27 36 98

**Patientforeningens Amts-repræsentanter:**

**Frederiksborg Amt:**

Jens Karl Jensen,  
Kastanie Allé 33, 3250 Gilleleje - Tlf. 48 36 12 85

**Fyns Amt:**

Birte Andersen  
Fåborgvej 37 - 5762 V. Skerninge - Tlf. 62 24 18 90

**Københavns Amt:**

Ruth Banks  
Solrød Byvej 58, 2680 Solrød Strand - Tlf. 56 14 46 66

**Nordjyllands Amt:**

Bettina Larsen  
Brøndenvej 105, 9352 Dybvad - Tlf. 98 86 49 99

**Ringkøbing Amt:**

Bente Svarre,  
Bødkærsmindvej 7, Thorning, 8620 Kjellerup, Tlf. 86 88 03 04

**Roskilde Amt:**

Ruth Banks  
Solrød Byvej 58, 2680 Solrød Strand - Tlf. 56 14 46 66

**Storstrøms Amt:**

Elsebeth Jagd Kaae,  
Odensevej 154, 4700 Næstved - Tlf. 55 72 01 54

**Vejle Amt:**

Inge Vibeke Jul Hansen, Sydbanegade 2 B, 3.,  
6000 Kolding - Tlf. 75 56 75 45

**Viborg Amt:**

Johanne Ventzel,  
Storhøjen 3, 8800 Viborg - Tlf. 86 67 15 85

**Århus Amt:**

Willy Odgaard,  
Herman Bangs Vej 3, - 8660 Skanderborg - Tlf. 86 52 19 19