

EDTA NYT

12. årgang

Nr. 4 - december 2006

Udgivet af Landsforeningen for medicinsk behandling af åreforkalkning med EDTA





Hvorfor jeg forlod en blomstrende sygesikringspraksis

Mit fag er Almen Medicin - altså det, der hedder "Alment Praktiserende Læge".

Allerede da jeg efter min hospitalsturnus i 1978 købte mig ind i en kompagniskabspraksis, var jeg klar over, at dette var den "rigtige" lægegerning. Her møder man som læge patientens problemer direkte, uden at de først er vurderet og sorteret af en anden læge, sådan som det er, når man modtager en patient på et sygehus. Man bliver aldrig færdig med faget almen medicin, fordi det er så stort. Man kan blive ved med at møde nye problemstillinger, selv om meget naturligvis bliver rutine efterhånden.

Imidlertid blev det hurtigt klart for mig, at der i en travl sygesikringspraksis ikke var tid nok til at tage sig af de store, kroniske sygdomme som åreforkalkning og kræft. Af ren og skær tidnød, var man alt for ofte henvist til blot at behandle symptomer, frem for at søge at finde årsagen til symptomerne og behandle den.

Det var alligevel en hyggelig tid med gode kolleger i en meget travl praksis, hvor jeg havde omkring 40-50 patientkontakter om dagen. 20 telefoner mellem 8 og 9, derefter 25 konsultationer, og så et par besøg på vej hjem om eftermiddagen. Det er dagens ret for en praktiserende læge.

Besøgene var hyggelige, telefonerne udmarvende (med 3 minutter til hver), men specielt konsultationerne synes jeg var alt for kursoriske. Det kan ikke nytte, at man kun har et kvarters tid til en patient, som har brugt de sidste tre uger, til at få taget mod til sig, for at komme hen og få følt på en knude.

I 1984 havde Praktiserende Lægers Organisation opsagt overenskomsten med den offentlige sygesikring i tre måneder. Det betød en brugerbetaling på ca. 50 Kr. pr. konsultation, og dermed langt færre patienter pr. dag. Hvis denne opsigelse var blevet permanent, så tror jeg faktisk, jeg havde siddet i den samme praksis

endnu i dag, for i disse tre måneder oplevede jeg, hvad det ville sige at være læge for mine patienter.

Først og fremmest var der tid. Tid til at komme ordentligt rundt om patienternes problemer, og tid til faglig fordybelse i de problemstillinger og sygdomme, man mødte i sin praksis.

De tre måneders overenskomstløse periode blev for mig en lille forsmag på den tilfredsstillelse, det er, når man selv kan definere kvalitetskravene til sit arbejde som læge.

Med den oplevelse i baghovedet fortsatte jeg så de næste par år med at arbejde for sygesikringen.

Mange gange måtte jeg krølle tæer, når f.eks. en gammel patient sad ude på kanten af konsultationsstolen og indledte sit ærinde med at sige: "Ja, De må undskyldte, at jeg kommer og tager Doktorens tid..."

Hvad er det for et samfund, der tillader sig at bringe befolkningen i en så ydmygende situation?

Efter at have plukket befolkningen med verdens højeste skatter, så bilder man dem bagefter ind, at det er "gratis" at gå til læge. Derfor ser vi sådanne eksempler på ydmyghed og grænseløs taknemmelighed, bare fordi lægen passer sit arbejde. Sådanne oplevelser brød jeg mig ikke om.

Det bringer lægen i en magtposition, som er urimelig. Det er ydmygende nok at være patient, hvor man jo er afhængig af folk, som ved mere om sygdommen end én selv. -Der er ingen grund til at opdyrke denne ydmyghed.

Kimen var altså lagt til at praktisere på en anden måde. Jeg havde et ønske om at give konsultationen et løft; - at yde en højere kvalitet over for patienterne, og det krævede to ting: Avanceret uddannelse og tid; - ting som ikke var tilgængelige ressourcer i en sygesikringspraksis.

Da jeg et par år senere blev interesseret i den Orthomolekylære* medicin, som en mere human og "ugiftig"

EDTA-NYT

Udgiver: Landsforeningen for medicinsk behandling af åreforkalkning med EDTA.

Ansvarshavende: Willy Odgaard

Forsidefoto: *En stor hængebirk med rimfrost*. Foto: Kenneth L. Svendsen

Oplag: 1.300 eksemplarer - Tryk: Gefion Tryk, Næstved - Næste nr. udkommer marts 2007 - ISSN: 1600-3047

angrebsvinkel på flere sygdomme, så var der ikke langt til at tage springet

Orthomolekylær („de rette molekylers“) medicin er populært sagt: „Økologisk medicin“, hvor man anvender kropskendte eller naturligt forekommende stoffer til behandling og forebyggelse af sygdom. Det kan være en tilførsel af gavnlige stoffer som vitaminer, mineraler, aminosyrer, enzymer, essentielle fedtsyrer og hormoner, eller det kan være en fjernelse af skadelige stoffer og forkalkning, som man gør ved hjælp af f.eks. EDTA.

Man tilstræber således på celleniveau at genskabe et økologisk miljø, der sikrer bedst mulig funktion af cellen til sikring af energifremstilling og sygdomsbekæmpelse.

Den orthomolekylære medicin er således ikke særligt „alternativ“, men en behandlingsmetode, der søger tilbage til rødderne af sygdommen, og søger at udbedre fejlfunktioner på celleniveau.

Det er typisk for den orthomolekylære medicin, at den primært søger at fjerne årsagen til sygdommen, frem for blot at fjerne symptomerne.

Jeg besluttede således at afhænde min sygesikringspraksis til en af de mange yngre læger, som den gang stod på spring, og i stedet etablere en orthomolekylær praksis uden overenskomst med sygesikringen.

Det blev starten på en spændende udvikling, i et fagligt meget inspirerende miljø, hvor man hele tiden har ”snuden i sporet” for at finde den bedst mulige løsning på den enkelte patients helbredsproblem.

Det har naturligvis betydet en stor investering i uddannelse, herunder mere end 35 kursus- og kongresrejser til USA plus 10-15 i Europa. Og det har krævet megen læsning af lærebøger inden for biokemiske og medicinske emner.

Til gengæld har den faglige belønning også været der. Det har været utroligt tilfredsstillende at få lov til at hjælpe så mange patienter til et bedre liv.

Lige fra den amputationstruede, som blev bragt ud til behandling på klinikken fra sygehuset få timer før amputationen skulle finde sted, og går på begge sine ben flere år herefter; -og til den svært hjertesyg, som af familien blev hentet fra sit dødsleje på sygehuset, men som efter 3 års behandling skulle ha’ sig en ny cykel.

Eller den svært syge kræftpatient, som igen får smil på læben og glans i sine matte øjne, og får lov til at opleve lidt ekstra lånt tid med en tålelig livskvalitet. Det har været en uendelig stor glæde at kunne bidrage til disse resultater, og som læge har det været fagligt

meget spændende at bruge den nye viden til patienternes bedste.

Ved etableringen af min praksis i privat regi, har det også været befriende at kunne tilrettelægge min lægegerning på en måde, så jeg fik mulighed for at honorere mine egne krav om kvalitet.

Til en konsultation afsættes altid en time, og meget ofte tager det længere tid. Derfor skal der være hul mellem konsultationerne, så den næste patient ikke skal vente. Det er klart, at det er dyrere end en kadence på 4-5 patienter i timen, men kvaliteten bliver også en anden; -ikke blot for patienten, men også for lægen, som får en langt større arbejdsglæde. En konsultation koster således 500 Kr., dog 800- for første gang.

Til gengæld er der også tid til at lave ting som hvile-/arbejds-EKG, lungefunktionsundersøgelse, audiometri, måle fri-radikal-stress, fraktionerede lipider (kolesterolbalance), eller andre undersøgelser, hvis der skulle være behov. Disse undersøgelser er der jo ikke noget særligt ”alternativt” ved. De danner blot grundlaget for en ordentlig diagnostik. Det orthomolekylære kommer først frem, når vi taler behandling.

Den gode tid, man har til rådighed, giver mulighed for at bore i selve årsagen til sygdommen, frem for altid blot at sigte mod at fjerne symptomerne. Og den giver også mulighed for grundigt at instruere og forklare behandlingen og dens baggrund for patienten. Dette giver ikke blot en mere holdbar langtidsløsning for patientens problem, men også en mulighed for at han selv kan løse sit problem, næste gang det opstår, fordi han selv har forstået virkning og sammenhæng i behandlingen.

Vi opnår derved, at patienterne med lidt støtte fra os, selv kan holde sig friske uden at skulle belaste sundhedsvæsenet med store indgreb og hyppige indlæggelser.

En stor glæde ved lægegerning i privat regi er også, at patienterne er engagerede og aktive. Når man selv betaler for at konsultere en læge, så stiller man også krav til ydelsens kvalitet og omfang, og det bibringer en langt større ligeværdighed i forholdet mellem patient og læge. – En ligeværdighed som er en spore til hele tiden at blive bedre. Man kan ikke slappe af. Rutine-konsultationer eksisterer ikke.

Desuden er man i privat praksis hele tiden i konkurrence med gratis sundhedsydelse på den anden side af gaden. Det er sin sag at konkurrere med noget, der er gratis.

Men vi taler jo brugerbetaling. Hvad med den lige adgang til sundhedsydelser for rig som for fattig, hører jeg i kor fra venstrefløjten?

Vort sundhedsvæsen har traditionelt hvilet på sådanne velkendte, humanistiske principper, og det skal det selvfølgelig blive ved med. Lige adgang til sundhedsydelser er en basal menneskeret, som ikke bør fraviges,

og det bør løses, så ubemidlede også kan få del i avancerede sundhedsydelser som EDTA-behandling. Det er fuldstændigt urimeligt, at der i dagens Danmark er mennesker, som er tvunget til at få amputeret deres ben, fordi de ikke har råd til en EDTA-behandling, der kunne bevare det. Ovenikøbet en behandling, hvis samlede omkostninger er langt lavere end udgifterne til en amputation.

Ligestilling af borgernes muligheder vil kunne løses forsikringsteknisk, hvis der er politisk vilje til det. At patienten selv skal betale på den private, men ikke på den offentlige klinik, er et rent politisk spørgsmål, og det bør snarest løses.

Efter mange år i egen privatklinik, skal jeg ikke kunne sige, om arbejdsforholdene i sygesikringspraksis har bedret sig i de mellemliggende år, men jeg kan i hvert fald fastslå, at de sidste 18 år, hvor jeg har praktiseret orthomolekylær medicin, herunder EDTA-behandling, har været den fagligt mest tilfredsstillende arbejdsperiode, jeg har oplevet i mine 32 år som læge, og klinikkens patienttilgang synes at bekræfte, at der også i befolkningen er en stigende interesse for at løse problemerne på en anden måde. En måde, hvor patienten idrages i problemløsningen, og hvor lægen er en ligeværdig sparringspartner med viden og tid til at undersøge, instruere og vejlede patienten hen imod en bedre livskvalitet.

Orthomolekylær ("de rette molekylers") medicin er populært sagt: "Økologisk medicin", hvor man anvender kropskendte eller naturligt forekommende stoffer til behandling og forebyggelse af sygdom. Det kan være en tilførsel af gavnlige stoffer som vitaminer, mineraler, aminosyrer, enzymer, essentielle fedtsyrer og hormoner, eller det kan være en fjernelse af skadelige stoffer og forkalkning, som man gør ved hjælp af f.eks. EDTA.

Man tilstræber således på celleniveau at genskabe et økologisk miljø, der sikrer bedst mulig funktion af cellen til sikring af energifremstilling og sygdomsbekæmpelse.

Den orthomolekylære medicin er således ikke særligt "alternativ", men en behandlingsmetode, der søger tilbage til rødderne af sygdommen, og søger at udbedre fejlfunktioner på celleniveau.

Det er typisk for den orthomolekylære medicin, at den primært søger at fjerne årsagen til sygdommen, frem for blot at fjerne symptomerne.

Claus Hancke

Speciallæge i Almen Medicin
Institut for Orthomolekylær Medicin
Lyngby Hovedgade 37
2800 Kgs.Lyngby
www.iom.dk

Glædelig Jul



**Bestyrelsen ønsker herved alle vore medlemmer,
EDTA-lægerne
og øvrige læsere af EDTA-nyt
en rigtig glædelig Jul
og et lykkebringende nytår.**

Ved denne lejlighed vil bestyrelsen gerne takke EDTA-læger, der i årets løb har stillet sig til rådighed som foredragsholdere ved de afholdte offentlige informationsmøder rundt om i landet. Også en stor tak til alle de medlemmer og andre der har vist interesse for foreningens arbejde og hjulpet til med gennemførelse og afvikling af de i årets løb afholdte offentlige informationsmøder.

*Tænk at livet koster livet
Det er altid samme pris
Kom med glæde!
Vær til stede
Tanken spreder øjets dis
Rigt og bredt går livet ned i evighed
Af Gustava Brandt 1985*

***Døden er livgivende.
Livet er dødsensfarligt.
Husk du skal dø - grib livet.***



PODAGRA - „Kaptajn Vom gigt“

af Speciallæge i Almen Medicin Knut Flytlie, Vejle

Gigt er fællesbetegnelsen for en folkesygdom, der kendetegnes ved smerter i bevægeapparatets muskler, led og bløddele. Man kender i dag ca. 200 forskellige gigtformer. Årsagerne er ikke endeligt afklaret, men vi kender flere disponerende faktorer: kromosomfejl, fejlreaktioner i immunsystemet, belastning med tungmetaller, forurening, fejlernæring, madintolerance, stofskiftesygdomme og forsuring.

En speciel form for gigt hedder podagra. Navnet er græsk og betyder (smerte)jag i foden). Podagra blev tidligere anset for de velhavendes gigt i, modsætning til slidgigt, der blev omtalt som de fattiges gigtform. Når proteinstofskiftet overbelastes, kan der ophobes urinsyre i blodet. Er kroppen i forvejen syrebelastet, eller er nyrerne for langsomme til at udskille, kan der dannes urinsyrekrystaller i leddene. Når et overreagerende immunsystem opfatter krystallerne som fremmede, starter en steril og meget smertefuld betændelse. Vi kender den fra tegneserien „Knold og Tot“ som „Kaptajn Vom gigt“. Siden tegneserien „Knold og Tot“ så dagens lys i 1897, har denne lidelse fået et nærmest komisk skær, men bliver man selv ramt af podagra, forstår man godt hvorfor børnenes fader, kaptajn Vom, havde ondt, og jævnlige sad med foden forbundet. Podagra rammer oftest mænd i 40-60-års alderen og optræder som en akut eller kronisk ledbetændelse.

Hyppest rammes underekstremiteternes led, især stortåens grundled, men alle led og slimsække kan angribes. Forhøjet urinsyre i blodet er obligatorisk for sygdommen, men omvendt får kun en beskedent del af personerne med forhøjet urinsyre sygdommen. Podagra forekommer i den vestlige verden hos ca. 0,2 % af befolkningen. Sygdommen har været kendt i årtusinder. En klassisk beskrivelse af anfaldet er givet af den engelske læge Thomas Sydenham i 1683.

Den medicinske behandling af sygdommen er en lægelig opgave. Den akutte behandling består i en kur med gigtmedicin af typen non-steroid antiinflammatoriske stoffer (NSAID), fx Ibuprofen 800 mg hver 6. time. Som anfaldsprofylakse kan anvendes **Allopurinol** i doser på 300 mg daglig hos patienter med normal nyrefunktion. Det reducerer produktionen af urinsyre. Stoffet er potentielt giftigt og kan give anledning til feber, hårtab, problemer med fordøjelsen, udslet, vækst af brysterne, lever- og knoglemarvsvåvirkning. I sjældne tilfælde ses en ondartet form for årebetændelse.

Probenecid øger udskillelsen af urat. Startdosis er 250 mg gange 2 dagligt den første uge, evt. stigende til 500 mg x 2, afhængigt af virkningen. Det anvendes til patienter med nedsat uratudskillelse, normal nyrefunktion og uden nyresten. For at undgå stendannelser som følge af den øgede koncentration i urinen, bør urinen alkaliseres med natron (1 tskf. i et glas lunkent vand kl. 10, 15 og 22) til pH 6,5 og rigelig væskeindtagelse. Bivirkningshyppigheden er som ved allopurinol og omfatter udslet, problemer med fordøjelsen og provokation af nye anfald. Da svære bivirkninger er mindre hyppige, foretrækker nogle stoffet som første valg frem for allopurinol. Probenecid er kontraindiceret ved uratudløst nyreskade og nyresten. Ved nedsat nyrefunktion (creatininclearance <30 ml/min.), har stoffet ingen virkning. Som læge vil man før eller siden blive konfronteret med denne meget smertefulde tilstand. Langt hyppigere forekommer forhøjet urinsyre i blodet. Flere gange egentlig finder jeg ”raske” patienter med denne tilstand.

Hvad kan man selv gøre?

Denne lidelse er så smertefuld, at patienterne er motiveret til at prøve selv den skrappeste diæt, for at forebygge et nyt anfald. Problemet er, at der

kun er få fælles træk med henblik på diætfejl hos disse patienter, medmindre vi inddeler dem i 4 grupper svarende til blodtypen. **Blodtype A** patienter, der spiser en proteinrig kost med kød og mælkeprodukter har ofte en forsurening i tillæg til forhøjet urinsyre. Ved kostændring i retning af mindre kød og mere vegetarisk kost, samt tilskud af vitamin B-kompleks og omega 3-fedtsyre reduceres det forhøjede urat. Hos **blodtype 0** er en reduktion af kostens indhold af natskyggefamilien (tomater og kartofler), bælgfrugter, bønner og ærter, reduceret indtag af mælkesukker og gluten mere effektivt end reduktion af kostens proteinindhold generelt. Hos **blodtype B** kan man komme langt med en reduktion af kornprodukter (majs, hvede og rug), samt reduceret indhold af sukker (specielt frugtsukker) i kosten. For alle 3 typer er det vigtigt, at reducere indtagelsen af alkohol (specielt øl, der har et højere indhold af purin end vin og spiritus) og indmad (leverpostej, torskerogn, brisler) og øge vævenes antioxidative beskyttelse med tilskud af vitaminer (C-, E-, B6-, B12-) og mineraler (Selen, zink, magnesium og silicium). Specielt kan mangel på folat betyde øget risiko. Folat kan bremse dannelsen af urinsyre gennem en kemisk hæmning. Hvad angår den mere sjældne **blodtype AB** har jeg ingen erfaring på området. Vover man sig ind på dette felt, kan Hippokrates ord om at gøre mad til medicin blive en realitet hos den ukomplicerede patient med forhøjet urinsyre uden symptomer på gigt.

**Bogen
med patientberetninger,
der tidligere har været
omtalt i bladet,
er nu færdig trykt
i 25.000 eksemplarer.**

Vi har modtaget flere positive tilkendegivelser om bogen, bestyrelsen er også godt tilfreds med resultatet.

Alle, der ønsker et eksemplar af bogen, kan få den gratis, mod at betale forsendelsesomkostningerne.

Hvis du ønsker et eksemplar af bogen, så indsend en A 5 kuvert frankeret med 8 kr. Kuverten indsendes til foreningens kasserer, Kenneth Svendsen, Odensevej 154, 4700 Næstved

eller til formanden Willy Odgaard, Herman Bangs Vej 3, 8660 Skanderborg.

Offentlige møde på Holbæk Sygehus

EDTA-Patientforeningen holdt offentligt møde på Holbæk Sygehus tirsdag den 21. november 2006 med læge Irene Hage og læge Per Andersen, Kgs. Lyngby, som foredragsholdere.

Der var et pænt fremmøde på ca. 80 mennesker. Per Andersen fortalte om hvor vigtigt det var med livsstilsændringer. Bl. a. sagde han, at rygning kunne være mere skadelig end at være overvægtig – denne bemærkning var der nogle stykker, der virkelig godtede sig over!

Per Andersen forklarede også om åreforkalkningens opståen og hvordan den blokerede for kredsløbet med alvorlige følger i form af blodpropper o. lign. Samtidig fortalte han hvor vigtigt det var med motion og sund levevis for at undgå åreforkalkning og hvor vigtigt det var med vitaminer og mineraler i den daglige kost.

Irene Hage tog sig af åreforkalkningen, dens dannelse og hvad EDTA kunne udrette og derved undgå operative indgreb.

To af deltagerne ved mødet fortalte om deres oplevelse med EDTA-behandlingen.

Den ene fortalte hvordan han undgik en bay-pass operation og efter 8 år stadig er på arbejdsmarkedet og har det godt.

Den anden fortalte om koldbrand i 3 tæer og at der var sat dato på til en amputation. Det er 19 år siden og hun har det stadig godt og har begge sine ben og alle sine tæer.

Der var meget stor spørgelyst blandt tilhørerne og mødet sluttede ca. kl. 22.

Elsebeth Kaae

NY ENERGI TIL ALDRENDE MÆND

Mænd får også hormonmangel. De bliver trætte og triste, mangler kræfter og får seksuelle problemer. Men sandsynligvis hjælper carnitin.

Mænd har ingen menopause. Deres hormonproduktion ophører ikke på én gang, men aftager gradvis fra 20-årsalderen, gennemsnitligt med en procent om året. Når en gennemsnits-mand får udbetalt sin første folkepension, har han mistet ca. halvdelen af sin hormonproduktion. Det er ikke uvigtigt.

Det mandlige kønshormon, testosteron, er afgørende for både den seksuelle adfærd, humøret, evnen til at koncentrere sig, hukommelsen, muskelstyrken og følelsen af fysisk oplagthed. Negative ændringer på disse områder, kombineret med nedsat hormonproduktion, kaldes - med et dårligt udtryk - andropausen. Det er et stigende problem. Der bliver flere ældre mænd.

For en mand med udtalte symptomer er løsningen naturligvis testosteron. Men hvad gør man, når det er knap så slemt? Testosteron skal man ikke spøge med. Det forstørrer prostata og kan teoretisk set øge væksten af prostata. Med hensyn til hormontilskud er mænd i samme knibe som kvinder.

Men måske er der en redning. Forsøg fra de senere år tyder på, at det simple fysiologiske stof carnitin hjælper på alle symptomer. Carnitin er nødvendigt for forbrændingen af fedt og dermed for dannelsen af energi.

Normalt dækkes behovet dels af kosten (mejeri-produkter og kød), dels ved organismens egenproduktion. Sidstnævnte kræver B- og C-vitaminer.

At carnitin vitterligt hjælper på andropause-symptomer illustreres af et italiensk lodtrækningsforsøg fra 2004. Her fik hver anden af 120 mænd et tilskud af carnitin, mens resten fik en høj dosis testosteron (120 mg testosteron-undecanoat (Restandiol ®) om dagen).

Mændene var sådan set fysisk raske. De var ikke-rygere, midt i 60-erne. Men de led af træthed, lettere depression, nedsat sex-lyst og svigtende erektion.

Tre positive forsøg

Forsøget varede et halvt år. Det viste, at både carnitin og testosteron med sikkerhed hjalp på træthed, humør og sex-funktion. F.eks. kunne man direkte måle, at blodforsyningen til penis blev bedre.

Men overraskende viste det sig, at carnitin faktisk virkede bedre end testosteron, både på humør, erektionsevne og generel tilfredshed med sex-funktionen.

Et andet forsøg har vist noget lignende. Her deltog diabetikere, der i mindst otte forsøg med Viagra ikke havde fået erektion.

Også dette var et lodtrækningsforsøg. Kombinerede man Viagra (50 mg to gange om ugen) med carnitin, fungerede tre ud af fire igen. Nøjedes man med Viagra, lykkedes det for mindre end halvt så mange.

I et tredje forsøg behandlede man mænd, der var blevet impotente fordi de havde fået fjernet prostata på grund af kræft. Placebopiller (snydepiller) hjalp ikke. Gav man dem derimod mændene Viagra (100 mg ved behov), kunne hver anden berette om tilfredsstillende samleje. Men med en kombination af Viagra og carnitin lykkedes det for næsten alle (28 af 32).

Det lader i høj grad til, at dette helt naturlige stof kan hjælpe vældigt mange aldrende mænd. Carnitin er ufarligt, men hvorfor virker det?

En del af forklaringen er nok, at mange mænd med alderen får en veritabel mangel på stoffet.

Kønshormoner stimulerer organismens dannelse af carnitin. Ved mangel på kønshormon aftager carnitin-produktionen. Det må kunne give problemer, selv om det næppe er hele forklaringen.

Den præcise sammenhæng, bl.a. hvorfor carnitin øger blodtilstrømningen til penis, kan man kun gisne om.

Der mangler viden, også om hvor meget carnitin man tåler i det lange løb. I de nævnte forsøg er brugt fire gram (2 x 2) om dagen. Det ser ud til at være risikofrit, men er man nøjeregnende, er der på langt sigt kun dokumentation for sikkerhed ved op til halvdelen af denne dosis.

Referencer.

1. Cavallini G. et al. Carnitine versus androgen administration in the treatment of sexual dysfunction, depressed mood, and fatigue associated with male aging. *Urology*. 2004 Apr;63(4):641-6
2. Cavallini G et al. Acetyl-L-carnitine plus propionyl-L-carnitine improve efficacy of sildenafil in treatment of erectile dysfunction after bilateral nerve-sparing radical retropubic prostatectomy. *Urology*. 2005 Nov;66(5):1080-5
3. Gentile V, et al. Preliminary observations on the use of propionyl-L-carnitine in combination with sildenafil in patients with erectile dysfunction and diabetes. *Curr Med Res Opin*. 2004 Sep;20(9):1377-84.

Department of Urology U Bracci, University La Sapienza, Rome, Italy.

4. Mooradian AD et al. Management of the cardinal features of andropause.

Am J Ther. 2006 Mar-Apr;13(2):145-60.

5. Hathcock JN, Risk assessment for carnitine. *Regul Toxicol Pharmacol*.

2006 Oct;46(1):23-8. Epub 2006 Aug 9

Vitalrådets nyhedstjeneste 10. oktober 2006

Yderligere oplysninger:

Speciallæge Claus Hancke

Speciallæge Niels Hertz

Vitalrådet - www.vitalraadet.dk

Lyngby Hovedgade 37

2800 Kgs. Lyngby

Tlf.: 45 88 09 00

Referat fra offentligt møde i Aabenraa



Mandag dag den 9. oktober kl. 19.30 blev der afholdt offentligt møde på Aabenraa, Sygehus hvor Speciallæge i Alm. Medicin Knut Flytlie, Vejle, holdt foredrag om EDTA-behandling, vitaminer og om sund kost.

Da vi var i det Sønderjyske gav Flytlie en kort historisk oversigt vedrørende det nedlagte sygehus i Gram hvor EDTA-behandlingen blev udført i en periode.

Som sædvanlig fortalte Flytlie på en meget levende og forståelig måde at åreforkalkning især opstår hvor hovedpulsårerne forgrener sig og om hvordan EDTA virker på åreforkalkning. Endvidere om hvorledes EDTA behandlingen foregår. Flytlie viste også en opgørelse over hvad EDTA behandlingen koster sammenlignet med den behandling af åreforkalkning

der udføres i det etablerede sundhedsvæsen, herunder også By-pass og amputation.

Flytlie fortalte også om EDTA behandlingens effekt på forkalkning i øjnene.

Endvidere gav han detaljerede oplysninger om alle de vitaminer og mineraler, som er meget vigtige for os at indtage, for at kunne opretholde en god livskvalitet.

Endvidere at det også er meget vigtigt at spise den rigtige mad, herunder spise efter ens blodtype.

Efter en kort pause blev der mulighed for at stille spørgsmål.

Spørgelysten var stor.

Der var 45-50 fremmødte.

Lokaleforholdende var ideelle.

Mødet slut kl. ca.22.

D-vitamin som hjertemedicin

Advarslerne mod solskin om sommeren skal tages med forbehold.

Det D-vitamin, som huden danner i det herlige solskin, modvirker blandt andet hjertesvækkelse, når vi ser på den seneste forskning

Før eller siden i løbet af sommeren bliver en hudlæge trukket frem i TV for at advare mod solskin. Det kan give hudkræft, og især truer den frygtede, dødelige modermærkekræft, som er steget voldsomt i hyppighed i takt med den tiltagende soldyrkelse. – Og det er til en vis grad sandt.

På den anden side, må man godt være skeptisk, når nogen råder os til at handle i strid med naturen. Kan det passe, at solen er så farlig, når mennesker, selv på vore breddegrader, har fået langt mere sol i årtusinder?

D-vitamin dannes i huden under solbestråling, men ikke fra september til maj, hvor solen står for lavt til formålet på vore breddegrader. Da kosten kun indeholder minimale mængder af vitaminet, må vi om vinteren tære på, hvad der er bygget op i huden i løbet af sommeren. Om vinteren tages ca. 85% af det daglige D-vitaminforbrug fra depoterne, selv i tilfælde hvor kosten er rig på D-vitamin. I alt forbruges ca. 100 mikrogram om dagen.

Men hvad sker der, hvis depoterne er for små?

Inden for det sidste halve år har en række undersøgelser kastet nyt lys over D-vitaminet. Ifølge én undersøgelse hjælper vitaminet mod tuberkulose, der som bekendt var en udbredt

sygdom i det 19. og begyndelsen af det 20. århundrede, hvor mange levede under elendige forhold i byerne.

En anden undersøgelse, af over 14.000 amerikanere, viste, at folk med de højeste D-vitamindepoter gennemgående har langt bedre lungefunktion end dem med de laveste. Forskellen er lige så stor som mellem eksrygere og aldrig-rygere og en mulig forklaring er, at D-vitamin sikrer korrekt reparation af udslidte celler.

En af veteranerne i D-vitaminforskningen, amerikaneren Cedric Garland, konkluderede omtrent samtidig, at indiciene for, at D-vitamin beskytter mod kræft (især brystkræft, tyktarmskræft og kræft i prostata) nu er meget stærke. Stærke nok til, at han anser sammenhængen for bevist. Han har gennemgået al væsentlig forskning siden 1966.

Svagt hjerte og leddegigt

Hans påstand kan sammenholdes med at David Feldman fra Stanford Universitet nu vil gennemføre et forsøg med calcitriol (det aktive D-vitamin, som dannes i kroppen ud fra D-vitamin i huden eller føden) og almindelige gigtpiller mod prostatakræft. I laboratorieforsøg har han fundet, at calcitriol hæmmer væksten af prostatakræft 25%, mens kombinationen hæmmer den med 70%. Et sandt gennembrud, hvis det holder.

Alle ved, at D-vitamin er nødvendigt for knoglerne, men det er også nødvendigt for musklerne. Mangel giver både muskelsmerter, svage muskler og f.eks. øget faldtendens hos

ældre. Men hvad med hjertet? Hjertet er også en muskel, og sygelig hjertesvækkelse (hjerteinsufficiens) på grund af åreforkalkning eller forhøjet blodtryk forekommer hos mindst 50.000 danskere. Det er en farlig tilstand med stor dødelighed.

En tysk undersøgelse af 123 patienter med svagt hjerte viste, at de gennemsnitligt havde ganske lave D-vitamin-mængder i blodet, tæt på mangel i traditionel forstand. Halvdelen af dem fik tilskud af 50 mikrogram D3-vitamin om dagen i ni måneder. Det er fem gange så meget, som man traditionelt anbefaler ældre, og er samtidig overgrænsen for, hvad det er absolut ufarligt at indtage.

Forsøget var for lille til at vise forskel i dødelighed, men det viste noget andet interessant. Det drejer sig om proteinet TNF-alfa, som dannes af de hvide blodlegemer som led i inflammationer. TNF-alfa menes at være en væsentlig årsag til hjertesvækkelsen. Hos de ubehandlede steg blodets indhold af dette protein med 5%. Hos de behandlede skete ingen forværring. Det tyder på en stabiliserende virkning på inflammationen.

Dette er måske især interessant af en anden grund. TNF-alfa er en meget vigtig årsag til smerter og hævelse ved leddegigt. Så vigtig, at nye typer leddegigt-medicin, der blokerer TNF-alfa, med rette opfattes som de rene vidundermidler. Hvis D-vitamin hæmmer TNF-alfa-virkningen i det svækkede hjerte, sker det samme måske i syge led. Det stemmer med den meget gamle formodning om, at D-vitamin beskytter mod leddegigt.

Man skal sole sig med fornuft og undgå forbrænding. Søg skygge, hvis den brænder. Og lad være med at ligge i timevis i solen, klistret ind i faktorcremer.

Men nok så vigtigt er det at vide, at det er en risiko snarere end en dyd at undgå sol om sommeren.

Referencer

1. Schleithof S S et al. Vitamin D supplementation improves cytokine profiles in patients with congestive heart failure: A double blind randomized placebo-controlled trial. *Am J Clin Nutr* 2006;83:754-9
2. Heaney R et al. Human serum 25-hydroxycholecalciferol response to extended oral dosing with cholecalciferol. *Am J Clin Nutr* 2003;77:304-10.
3. Moreno J, Krishnan AV, Feldman D. Molecular mechanisms mediating the anti-proliferative effects of Vitamin D in prostate cancer. *J Steroid Biochem Mol Biol.* 2004 Nov;92(4):317-25

Vitalrådets nyhedstjeneste 23. maj 2006

Yderligere oplysninger:

Speciallæge Claus Hancke
Speciallæge Niels Hertz

Vitalrådet
Lyngby Hovedgade 37
2800 Kgs. Lyngby

EDTA-behandling gives af speciallæger og læger efter en forudgående helbredsundersøgelse på følgende private lægeklinikker:

Claus Hancke Speciallæge i Alm. Medicin

Irene Hage Praktiserende læge

Ole Købke Praktiserende læge

Per Andersen Speciallæge i Alm. Medicin

Lyngby Hovedgade 37, 2800 Kgs. Lyngby
Tlf. 45 88 09 00

Bruce Phillip Kyle Praktiserende læge
Stautrupvej 7A, 8260 Viby J. • Tlf. 86 28 96 88

Knut Flytlie Speciallæge i Alm. Medicin
Gludsmindvej 39, 7100 Vejle
Tlf. 75 72 60 90

Gunner Ødum Speciallæge i Alm. Medicin
Klostervej 11, 9480 Løkken • Tlf. 98 99 04 99.
Er ophørt med at tage nye patienter, men fortsætter to dage om måneden med at give tidligere patienter vedligeholdelses-behandling.

Mindeord over Divisionschef Jens Martin Albæk Nielsen

Skovmærkevej 4, Syvsten, 9300 Sæby

Jens Albæk døde pludseligt lørdag den 14. oktober 2006. – (kl. 0435)

Jens Albæk var på arbejde om fredagen og efter arbejdstid var han på stranden med fiskestangen.

Efter fisketuren kom han hjem, rensede de fangede fisk og havde det godt, da han gik i seng kl. 0145.

Tidligt lørdag morgen sank han sammen og døde af et hjertestop.

Jens Albæk kunne være blevet 60 år anden Juledag, men med risiko for vintervejr denne dag besluttede Jens at fejre sin 60 års fødselsdag, medens vejret endnu var godt.

Fødselsdagen blev fejret 16. september i lejet telt opstillet ved familiens sommerhus.

Denne fødselsdagsfest, med 80 gæster og 4 mands jazzorkester, blev en mærkedag for Jens Albæk, og glædede ham meget.

Jens Albæk var i en periode medlem af patientforeningens bestyrelse, men hans krævende job gjorde at han måtte afskrive bestyrelsesarbejdet. Patientforeningen betød meget for Jens Albæk, og han fulgte den med interesse. Han var også foreningen til stor hjælp på flere måder bl.a. når der blev afholdt offentlige møder i hans område.

Jens Albæk, som havde oplevet en god effekt af EDTA behandlingerne, bidrog også til ”Bogen” med sin egen patientberetning. I forbindelse med ”Bogens” udgivelse udtalte Jens Albæk, at han havde holdt for lang en pause i behandlingen med EDTA, han følte, han havde behov for disse behandlinger. Problemet var, at han ved hver EDTA-behandling var nødsaget til at afskrive en hel arbejdsdag, hvilket var svært foreneligt med jobbet. Det er et stort tab for familien og i patientforeningen vil vi savne Jens Albæks indsats.

Æret være Jens Albæk Niensens minde.

Bestyrelsens regler for medlemskab der tegnes i EDTA-Patientforeningen efter den 15. oktober

Bestyrelsen har besluttet, at nye medlemmer der indmelder sig efter den 15. oktober får gratis medlemskab resten af året. Det forudsættes, at der sammen med indmeldelsen indbetales kontingent for et år, det vil sige, at det indbetalte kontingent gælder for resten af året og for hele det følgende år.

Pt. er kontingentet 200,00 kr. årligt for enkeltmedlem og 300,00 kr. årligt for familiemedlemsskab.

Du kan være med til at støtte foreningens arbejde med at få EDTA behandlingen anerkendt som tilskudsberettiget ved at skaffe nye medlemmer.

Jo flere vi er desto stærkere står vi

NB!

Foreningens kasserer modtager flere giro-indbetalinger uden afsender.

Dette er et problem fordi det ikke er muligt at opspore afsenderen.

Husk, - det er altid vigtigt at påføre navn og adresse i afsenderfeltet.

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

Bødgersmindevej 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: erikhc@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
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,
Bødgersmindevej 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