

Chelatie-therapie

Inhoud

[1.1 Inleiding](#)

[1.2 Wat is chelatie? Het proces Edta: de actieve substantie](#)

[1.3 Chelatie als geneesmethode](#)

[1.4 Zo werkt het chelatieproces in de geneeskunde](#)

[1.5 Het interne transportsysteem](#)

[1.6 Preventie bij de verschillende stadia](#)

[1.7 Komt U voor chelatie in aanmerking?](#)

[1.8 De afweging van voor- en nadelen](#)

[1.9 Hoe wordt de chelatie-therapie beoordeeld door deskundigen?](#)

[1.10 Hoe onderga je de chelatie-therapie?](#)

[1.11 Operatie van de kransslagaders: Wel of niet doen?](#)

[1.12 Voorbeelden uit de praktijk](#)

[1.13 Enquête en toelichting](#)

[Diverse therapieën](#)

[Voedingssupplementen](#)

[Referenties](#)

Chelatatie-therapie

1.1 Udo Keulen

Grondlegger Udo Keulen, op 14 juli 1928 te Amsterdam geboren, behaalde in 1955 zijn artsdiploma.

Onder leiding van Prof.Dr. C.L.C. van Nieuwenhuizen van het St. Antoniusziekenhuis te Utrecht werd hij opgeleid tot cardioloog.

Na werkzaam geweest te zijn in Utrecht, Eindhoven en 's-Hertogenbosch heeft Dr. Keulen vanaf 1966, als eerste cardioloog in Tilburg, met inzicht, grote voortvarendheid en inzet van zijn gehele persoon, de cardiologische en intensieve hartbewakingsafdelingen in het St. Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg opgebouwd.

Sinds 1981 richtte zijn wetenschappelijke en medische belangstelling zich vooral op de chelatatie-therapie: 'Na een uitgebreide studie in Amerika raakte ik steeds meer overtuigd van de waarde van de chelatatie-therapie. In een uiterst kritische proefopstelling heb ik een aantal mensen met ernstige hart- en vaatafwijkingen, bij wie noch met operatief ingrijpen, noch met medicamenteuze behandeling, enige verbetering te verwachten was, met de chelatatie-therapie behandeld. De resultaten waren dusdanig opzienbarend, dat ik besloot alles op alles te zetten om deze waardevolle therapie meer bekendheid te geven'.

Chelatatie is een gedurende lange tijd geteste, veilige en effectieve medische therapie ter genezing van atherosclerose (aderverkalking). Een belangrijke medische ontwikkeling, want de helft van alle doodsoorzaken van mensen in de kracht van hun leven is terug te voeren op een blokkade, of het scheuren van broze en verkalkte aderen. Op dit moment staat het wetenschappelijk vast dat atherosclerose te voorkomen is en met succes kan worden teruggedrongen.

[Naar inhoudsopgave](#)

1.2 Wat is chelatie?

Het proces Edta: de actieve substantie

Chelatie (Grieks: chela = klauw) is het proces dat planten in staat stelt anorganische elementen op te nemen en om te zetten in organische plantenstructuren. Het chlorofyl, dat aan planten hun groene kleur geeft, is een chelaat van het mineraal magnesium. De rode bloedkleurstof, hemoglobine (welke zorgt voor het zuurstoftransport door de bloedvaten), is een chelaat van ijzer. Chelatie is het proces waardoor het lichaam aspirine, penicilline, vitaminen, mineralen en sporenelementen kan opnemen en benutten.

Het principe van de chelatie wordt gebruikt bij schoonmaakmiddelen om te voorkomen dat er vuilranden achterblijven in wasbakken en om het vuil uit het wasgoed los te weken. Als zoveel andere ontdekkingen, zoals de hefboom, het wiel, de nierdialyse en de computer is de chelatie als geneeswijze een nabootsing van een natuurlijk proces. Chelatie is een fundamenteel proces van het leven zelf. Zonder het chelatie-mechanisme zou het leven zoals wij dat op deze planeet kennen, niet denkbaar zijn.

Chelatie-therapie is een eenvoudige, pijnloze, weinig ingrijpende behandelingsmethode, die aangewend wordt om verharde, vernauwde en verstopte slagaders te behandelen (arteriosclerose of atherosclerose). U kunt een chelatiemiddel beschouwen als een stof die iets inkapselt en het vervolgens ergens anders heen transporteert, meestal dwars door allerlei belemmeringen heen. Zo kunnen de voor onze gezondheid onontbeerlijke vitaminen alleen maar werkzaam zijn als ze door de darmwand heen kunnen dringen. Hiervoor is het nodig dat ze omsloten worden door proteïnedeeftjes, aminozuren genaamd, waaraan ze zich binden. Op deze wijze zijn ze in staat hun eigen elektrische lading te overwinnen die anders het doordringen van de darmwand tegengehouden zou hebben. Alhoewel het chelatiemiddel EDTA (Ethyleen Diamino Tetra Azijnzuur) juist ongewenste elementen bij voorkeur verwijdert, zijn er ook andere elementen die door dit aminozuur omsloten en uitgestoten kunnen worden, zoals min of meer nuttige elementen als zink en vitamine B6. Deze elementen worden dan ook aan het eind van iedere behandeling intraveneus aangevuld of tussentijds oraal toegediend. Schadelijke elementen die door EDTA verwijderd worden, zijn o.a. lood, kwik, arsenicum, aluminium en afvalstoffen.

EDTA blijkt de nieren niet te beschadigen. Nierbeschadiging kan optreden door reeds aanwezig lood in de nieren of als veel lood door de nieren verwijderd moet worden. Dit vormt namelijk voor de nieren een te grote belasting.

[Naar inhoudsopgave](#)

1.3 Chelatie als geneesmethode

De geneesmethode begint in 1948 als behandeling bij loodvergiftiging. Nog steeds is het de meest toegepaste behandelwijze bij kinderen die bijvoorbeeld loodverf van speelgoed binnen gekregen hebben en bij volwassenen die langdurig in aanraking zijn geweest met lood en loodhoudende stoffen, die in bepaalde industrieën voorkomen.

Al in de beginjaren van deze therapie viel het op dat chelatie tot meer in staat was dan alleen maar het verwijderen van lood. Zo ontdekte men dat er bij volwassen patiënten op wie de chelatie-therapie was toegepast, een verbetering optrad van het geheugen, een vermindering van beklemming of pijn in de borst bij inspanning en een verbetering van het gezichtsvermogen, het gehoor en de reuk ontstond. Deze verbeteringen stonden in verband met het verminderen van bloedvatvernauwingen.

De bestudering van de slagaderen bij konijnen liet zien dat na doorspoeling met een EDTA-oplossing de afzetting van 'plak' verdwenen was. Voortgezette proeven en toepassingen resulteerden in de ontwikkeling van verfijnde technieken ter behandeling van metaalvergiftigingen en van vernauwde en verstopte slagaderen, die maar al te gemakkelijk aanleiding geven tot beroerte of hartaanval.

[Naar inhoudsopgave](#)

1.4 Zo werkt het chelatieproces in de geneeskunde

De chelatie-therapie is een medische behandeling die alleen maar door bevoegd medisch personeel, onder direct toezicht van een arts, mag worden toegepast.

De EDTA bevattende vloeistof dient men toe door middel van een infuus: een dunne naald in de ader. De bedoeling is dat de EDTA zich hecht aan de elektrisch geladen kalk (Ca^{++}), of aan het zware metaal en dit net zolang vasthoudt tot het veilig uit het lichaam is verwijderd.

De eerste fase wordt ingeluid wanneer de EDTA de kalk uit de bloedbaan

opneemt. Aangezien een zekere hoeveelheid kalk van het grootste belang is voor de hartslag en vele andere vitale lichaamsfuncties, komt de bijnierschilddklier in actie en zorgt ervoor dat het kalkgehalte in het lichaam weer op het normale peil wordt gebracht. Op dit moment wordt de aanwezige kalk die op de aderenwanden, in de spieren en gewrichten is afgezet, grotendeels in de bloedsomloop opgenomen. En dat verklaart waarschijnlijk het feit dat sommige symptomen van reuma en gewrichtsontsteking na de chelatie-therapie zijn afgenomen.

Aanvankelijk werden alle verbeteringen toegeschreven aan het 'ontkalken' van de aanslag in de vaten, maar recente onderzoeken tonen aan dat er nog veel meer, vaak sterkere, effecten optreden.

- Door ontkalking van vaatwandcellen kunnen enzymsystemen, die nodig zijn voor energievorming, weer normaal functioneren en kan het bloedvat zichzelf herstellen.
- Door binding van vrije schadelijke metaaldeeltjes (ijzer en koper) wordt het afbraakproces door vrije radicalenvorming gestopt. Deze vrije radicalen kunnen celwanden ernstig beschadigen en vormen in veel gevallen de basis voor de zogenaamde degeneratieve aandoeningen (bepaalde kankervormen, atherosclerose, reuma).
- Door gunstige effecten op de abnormale bloedplaatjes treedt er minder snel stolselvorming op in de vernauwde vaten. Dit effect treedt onafhankelijk op van aspirine of coumarine, (marcoumar, sintrom).
- Door een verbetering van de vervormbaarheid van rode bloedcellen (zurstofdragers), die calcium-afhankelijk is, neemt de doorbloeding in de haarvaten van slecht doorbloede weefsels toe.
- Door verlaging van verhoogde bloeddruk en cholesterolgehalte worden belangrijke risicofactoren verminderd.

Hoe lang blijven de resultaten van de chelatie-therapie merkbaar? De duur van de verbetering hangt voor een belangrijk deel af van de levenswijze van de patiënt. Maar in het algemeen kan men zeggen, dat er tot drie maanden na de behandeling een steeds verdergaande verbetering optreedt.

Hoe veilig is de behandeling? Het is aangetoond dat het menselijk lichaam in staat is 50 mg kalk per minuut aan te vullen. Dit betekent dat men zeven keer de normale gangbare dosis EDTA zou kunnen toedienen in één tiende van de gebruikelijke behandelingstijd, zonder dat de patiënt daarvan schadelijke bijwerkingen zou ondervinden. In de praktijk komt dit echter nooit voor.

Heeft de behandeling nadelige gevolgen voor onze botten en tanden? De kalk in botten en tanden is niet elektrisch geladen. De kalk in deze vorm is gebonden aan eiwit en zal pas dan worden aangetast wanneer de schadelijke

kalkvoorraden uit ons lichaam verdwenen zijn.

Hoe is deze werking ontdekt? Er zijn gevallen bekend van ex-chelatiepatiënten van wie om de een of andere reden röntgenfoto's moesten worden gemaakt en bij wie een verhoogd kalkgehalte in de botten bleek voor te komen.

Hoe kwam dat? Mogelijk doordat de kalk vanuit de plekken waar hij niet hoort (aderwanden) opnieuw in circulatie wordt gebracht, waardoor het natuurlijk proces van kalkafzetting in botten en tanden onbelemmerd kan plaatsvinden. Door de chelatie-therapie hebben zacht geworden botten de neiging om weer hard te worden, terwijl de stugge slagaderen er juist soepeler door worden.

Een wezenlijk onderdeel van de chelatie-therapie is, naast de directe behandeling, een gezondere manier van leven, bijvoorbeeld gezonder eten (zodanig een dieet of speciale aanvulling), aangezien juist hierdoor een betere kalkhuishouding ontstaat. Dit verschijnsel is aangetoond en de biochemische werking ervan is bekend.

Het is niet ongebruikelijk dat de arts tijdens de chelatie-therapie zo nu en dan kalk in speciale vorm toedient. Deze op het eerste gezicht paradoxale handeling heeft echter geen nadelige invloed op de resultaten van de therapie. Zij heeft tot doel de celstofwisseling met betrekking tot kalk, magnesium en fosfor te normaliseren.

[Naar inhoudsopgave](#)

1.5 Het interne transportsysteem

Ons interne transportsysteem wordt gevormd door onze bloedvaten. Slagaderen kunnen worden vergeleken met aanvoerwegen. De afvoerwegen zijn de aderen. De wanden van onze slagaders bestaan net als het wegdek van een snelweg uit twee lagen. Als we de vergelijking met autosnelwegen doortrekken, kunnen we zeggen dat daar waar de onderlaag niet deugt en gaten en onregelmatigheden vertoont, er vuilophopingen ontstaan. Er overheen rijden kan schade aan je auto veroorzaken en sommige auto's kunnen zelfs op zo'n vuilhoop stranden, waardoor de doorgang voor het verkeer steeds nauwer wordt en op een plotseling spitsuur geheel verstopt kan raken.

De auto's, vrachtwagens, bussen en de wegenwacht op de snelwegen van ons lichaam zijn de rode en witte bloedlichaampjes en de bloedplaatjes. Kettingbotsingen, zoals die voorkomen in files, veroorzaken opstoppingen. Op

dezelfde wijze worden de rode bloedlichaampjes tot 'geldrolletjes' samengeperst.

Een teveel aan vetten en reststoffen beschadigt het oppervlak van het bloedvat met als gevolg dat er 'kuilen' ontstaan. Hierin verzamelen zich vetten, vezels, kalk en andere elementen waardoor soms verdikkingen gevormd worden die een ongestoorde doorstroming van het verkeer belemmeren (bloedcellen in vloeistof die zich normaal met grote snelheid door de aderen bewegen). Een onvolledige zuurstofaanvoer maakt de celmembranen doorgankelijk voor kalk, met als gevolg kalkafzetting in de slagaderwanden. Voorlopig lijkt het transport van zuurstof en andere voedingsstoffen naar de depots in het lichaam (hersenen, hart, longen en de overige weefsels en organen) gewoon door te gaan. In het algemeen zijn de slagaders al voor meer dan 75 procent geblokkeerd voordat men er iets van merkt. Meestal bespeurt men pijn in de borst, krampen in de benen, duizeligheid en geheugenverlies enz. wanneer door een plotselinge extra belasting (stress, fysieke inspanning) de blokkade tot 80 à 90 procent wordt opgevoerd. Men moet goed beseffen dat vaatziekten nooit echt beperkt zijn tot maar een klein deel van het slagadersysteem.

Bepaalde plaatsen in de slagaders worden gemakkelijker aangetast dan andere, maar het duurt meestal jaren voordat het ziekteproces zich tot een werkelijk gevaarlijk niveau heeft ontwikkeld, waardoor men er soms niets van merkt, totdat er plotseling een vitale slagader wordt geblokkeerd door een vaatkramp, een bloedprop of een scheur.

De alarmsignalen aan de opslagplaatsen in uw lichaam (hersenen, hart, longen, etc.) zijn de voorboden van ziekten als hartaanval, beroerte, gangreen en seniliteit. Zelfs wanneer u signalen in die richting opvangt - en dit gebeurt meestal pas in een laat stadium - kunt u misschien het catastrofale vervolg nog vermijden door van de nieuwe technieken gebruik te maken.

[Naar inhoudsopgave](#)

1.6 Preventie bij de verschillende stadia

Het in een vroeg stadium ontdekken en het tijdig behandelen van de kwaal, brengt zeker een blijvende verbetering tot stand. Het gezegde: 'Voorzorg bespaart veel nazorg', gaat in dit verband meer dan ooit op. In de moderne gezondheidszorg is het mogelijk de noodzaak van geneeskundig ingrijpen vast te stellen vóóordat de gebruikelijke signalen herkend worden. Dit zou kunnen plaatsvinden tijdens een periodiek algeheel gezondheidsonderzoek.

Als het om onze auto gaat zijn zulke onderzoeken routine, want hoelang durven we in onze auto te rijden zonder naar het oliepeil en de accu te kijken en de bandenspanning te controleren? Maar hoe lang is het geleden dat u uw meest kostbare vervoermiddel, uw lichaam, hebt laten nakijken? Er is niets geheimzinnigs, angstaanjagends of pijnlijks aan een gezondheidsonderzoek. De hele gang van zaken is dan ook heel alledaags bij dergelijke onderzoeken. Toch zijn vele van deze check-ups de aanleiding voor een chelatie-therapie, wanneer de symptomen in die richting wijzen.

De arts gaat hierbij eventueel uit van:

1. De medische voorgeschiedenis van de patiënt, lichamelijk onderzoek.
2. Vragenlijsten op voedings- en psychologisch gebied.
3. Een medisch consult om vast te stellen welke medische proeven er gedaan moeten worden zoals:
 - a. een uitgebreid laboratorium onderzoek (bloed, urine en ontlasting),
 - b. bloedsuikertest,
 - c. voedingsallergie-test,
 - d. aminozuur-analyse.
4. Wanneer de verschijnselen dit nodig maken, bloed- en bloedcirculatieproeven, zoals:
 - a. ecg,
 - b. fiets-ergometrie,
 - c. dopplertest om de bloeddorstrooming in de beenvaten te controleren,
 - d. echografische onderzoeken van hart, bloedvaten en organen,
 - e. longfunctie testen.

We krijgen nu allemaal de kans om onze gezondheid en vitaliteit te verbeteren. Sommige lezers van deze brochure zullen misschien denken: kan ik op mijn leeftijd en in mijn situatie ook nog iets aan preventie doen?

Men kan in feite zijn gezondheid in stadia verdelen:

1e stadium: het voorkomen van ziekte bij degenen die in een goede gezondheid verkeren, door zo nodig veranderingen in het voedingspatroon, andere of meer lichamelijke inspanning en preventief dieet.

2e stadium: het voorkomen van invaliditeit bij degenen waarbij reeds ernstige systeemafwijkingen aan het licht zijn gekomen. Verandering van levenswijze en voedingsgewoonte is noodzakelijk. Als de symptomen daarop wijzen kan chelatie-therapie alleen, of als voor- en/of nabehandeling bij een chirurgische ingreep voordelen opleveren.

3e stadium: het voorkomen van een ramp, in casu overlijden. Indien een gevaarlijke vaatafwijking bestaat zijn ingrijpende maatregelen nodig. Deze kunnen bestaan uit medicijnen voor de zeer ernstig verhoogde bloeddruk, vaatverwijding en bloedverdunding, het mechanisch verwijderen van bloedstolsels of verkalkte 'plak' (operatief of via dotteren), maar ook uit het verwijderen van vernauwde passages (angioplastiek) en bypass-chirurgie (omleiding van het bloed rond een geblokkeerd deel van de slagader). Al deze methoden hebben echter ongewenste bijwerkingen, of dragen het gevaar van een slechte afloop in zich. Een reden te meer om chelatie vroegtijdig toe te passen in de behandeling.

Chelatie kan veilig de bloeddruk verlagen, het gevaar van stolling verminderen door de bloeddorstrooming van hart, hersenen, longen en perifere slagaders te vergroten. Chelatie-therapie, mits vroegtijdig toegepast, kan de noodzaak van andere meer ingrijpende therapieën verminderen of uitstellen.

Indien chirurgie noodzakelijk is, kan voor- en nabehandeling met chelatie het sterftepercentage verminderen en de resultaten van het chirurgisch ingrijpen gunstig beïnvloeden. De verbeteringen in voedings- en leefwijze, die een wezenlijk onderdeel vormen van de chelatie-therapie, kunnen de genezende werking van elke andere therapie verlengen, doordat een te snelle dichtslibbing van nieuwe omleidingsvaten (bypass) voorkomen wordt. Chelatie-therapie kan zonder risico herhaaldelijk worden toegepast.

[Naar inhoudsopgave](#)

1.7 Komt U voor chelatie in aanmerking?

Een regelmatig terugkerende vraag over chelatie-therapie is de leeftijd waarop dit zou moeten gebeuren. Het antwoord is dat de leeftijd er niet toe doet. Het zal duidelijk zijn dat er meer oudere mensen zijn met verstopte slagaderen dan kinderen met loodvergiftiging. De noodzaak van chelatie-therapie wordt bepaald door het gehalte aan giftige metalen of door de toestand van de slagaders en niet door de leeftijd.

Gebleken is dat 80 procent van de soldaten die in Korea en Vietnam sneuvelden, vergevorderde atherosclerose vertoonden. Juist zij, die altijd beschouwd zijn als de gezondste en vitaalste vertegenwoordigers van de samenleving. De slechte conditie waarin hun bloedvaatstelsel zich bevond, moet het gevolg zijn geweest van een verkeerde levenswijze en voeding van de gemiddelde Amerikaan. Theoretisch mogen we stellen, dat iedere volwassene er baat bij heeft zich preventief met de chelatie-therapie te laten behandelen. In de praktijk is het echter zo, dat alleen patiënten die aantoonbaar lijden aan metaalvergiftigingen of vaatafwijkingen, hiervoor in aanmerking komen, mits de conditie van hun lever, longen en nieren goed is.

Alle ziektebeelden waarbij een slechte doorbloeding door atherosclerose is ontstaan komen voor chelatie-therapie in aanmerking.

Met name:

- A. Loopklachten (etalagebenen) met of zonder pijn of slecht genezende wonden.
- B. Hartklachten, beklemming, benauwdheid ook wel Angina Pectoris genaamd.
- C. Dreigende beroerte (Tia's) met tijdelijke uitval van ledematen en/of spraak, duizeligheid of geheugenvermindering.
- D. Een beperkte preventieve behandeling heeft ook zin bij mensen die een verhoogd risico hebben op atherosclerose (familiaal, rokers, hoge bloeddruk, hoog cholesterol, diabetes).

Uit het medisch onderzoek zal blijken welke therapie de meest geëigende is voor de patiënt. Joseph Califano, de voormalig secretaris van het Amerikaans Ministerie van Sociale Zaken, verstrekke de artsen een brochure waarin de patiënt geadviseerd wordt zich niet onmiddellijk neer te leggen bij het advies van de arts die een operatie voorschrijft, maar zich eerst nog eens door een andere arts te laten voorlichten. Ook het Amerikaanse Ministerie van Gezondheid heeft een kritische brochure met de titel 'Operatie?'. Daarin is een lijst met vragen

opgenomen die u als patiënt eigenlijk aan de arts dient te stellen, voordat u toestemming geeft voor een operatie, althans voor zover het niet een spoedoperatie betreft.

Men zou u antwoord kunnen geven op de volgende vragen:

1. Wat is er volgens de arts met u aan de hand?
2. Wat voor operatie moet u volgens de arts ondergaan?
3. Wat zijn de voordelen van deze operatie?
4. Wat zijn de risico's en hoe groot zijn ze?
5. Hoe lang duurt de herstelperiode en wat houdt dit in?
6. Wat kost de operatie en bent u hiervoor volledig verzekerd?
7. Wat gebeurt er als u zich niet laat opereren?
8. Zijn er wellicht andere methoden om uw kwaal te behandelen die eerst geprobeerd zouden kunnen worden?

Stel, aldus de brochure, deze, maar natuurlijk ook alle andere vragen die u heeft. Hoe meer u weet, hoe beter u in staat bent om te beslissen of u zich wel of niet wilt laten opereren. Wanneer uw arts u een operatie adviseert en het is geen spoedgeval, is het altijd verstandig een andere arts om zijn mening te vragen.

Informeel wel of een kort uitstel geen nadelige gevolgen kan hebben. Het vragen van een tweede mening is heel normaal in de medische wereld. De meeste artsen stellen er prijs op dat hun patiënten zo goed mogelijk over hun gezondheid zijn ingelicht. Wanneer het u na een consult bij een tweede arts onduidelijk is gebleven, schakel dan een derde in, of ga terug naar de eerste en overleg uw geval nogmaals met hem. Het is niet de bedoeling de indruk te wekken, dat artsen lichtvaardig beslissingen nemen. De patiënt krijgt vaak tegenstrijdige meningen te horen en moet uiteindelijk zelf de beslissing nemen.

Onder hartspecialisten is helaas weinig eensgezindheid over welke criteria moeten worden aangelegd om te besluiten welke patiënt wel of niet voor operatie in aanmerking komt. Bewezen is, dat de grote meerderheid van patiënten die lijden aan verstopte bloedvaten, baat vindt bij de chelatie-therapie. Men kan er een operatie door voorkomen en ook in geval van een absoluut noodzakelijke ingreep de genezing bevorderen.

Kortom:

- gezien het feit dat lijkschouwingen bij soldaten die tot de gezondste bevolkingsgroepen behoren, verschillende stadia van slagaderverstopping aan het licht brachten;
- gezien het feit dat (vele) personen sterven aan deze ziekte en sterven in de kracht van hun leven;
- gezien het feit dat de medische wetenschap op dit moment nog geen helder inzicht heeft in de redenen voor en de waarde van chirurgische ingrepen;
- gezien het feit dat de medische wetenschap weinig doet aan het voorkomen van dit soort euvels, behalve de toepassing van diuretica, bloedverdunners, bloeddrukpillen, operaties na een beroerte of hartaanval, wanneer het soms te laat is;

is het nodig, dat u orde op zaken stelt en met uw arts overlegt welke effectieve en preventieve maatregelen u tijdig zou kunnen nemen om bovengenoemde misère te vermijden. Misschien bent u nog jong en leest u dit boekje omdat u bezorgd bent over een oudere vriend of familielid. Bedenk dan wel, dat het ook voor u nu het moment is, om te gaan eten en leven op een voor uw bloedhuishouding gezondere manier. Als u van middelbare leeftijd bent, is het bemoedigend om te weten dat het degeneratieproces in uw slagaderen nog omkeerbaar is. Belangrijk is dat u de juiste voeding kiest en voldoende beweging neemt, passend bij uw leeftijd. Wees echter voorzichtig en overleg eerst met uw dokter.

Wanneer u behoort tot de categorie mensen die het gevoel hebben dat er een hartaanval voor de deur staat, wanhoop dan niet en raak vooral niet in paniek. Ga rustig naar uw arts en koop eens wat boeken over gezonde voeding en leefgewoonten. Dat zal uw levenskansen aanzienlijk vergroten. Maar doe het wel meteen. 'Iedere patiënt draagt zijn eigen dokter in zich. De arts heeft tot taak die dokter wakker te schudden'. Albert Schweitzer.

[Naar inhoudsopgave](#)

1.8 De afweging van voor- en nadelen

De artsen van de Amerikaanse gezondheidsorganisatie ACAM zijn bezig gegevens te verzamelen over de effectiviteit van de EDTA-chelatie-therapie bij slagaderziekten en aanverwante kwalen. Honderden artsen hebben duizenden patiënten miljoenen malen behandeld volgens deze methode en steeds weer zagen zij hoe de gezondheidstoestand van hun patiënten in sterke mate verbeterde.

Zoals met alle geneesmethoden is het karakteristiek dat bij sommige patiënten de opgetreden verbeteringen zeer groot zijn, bij sommige maar matig en dat anderen weinig of geen verschil constateren. Het komt veelvuldig voor dat in dergelijke gevallen de patiënt het niet in de gaten heeft dat er zich wel degelijk veranderingen hebben voorgedaan. De artsen die de methoden toepassen, leren van deze verschijnselen. Van sterftegevallen die direct en uitsluitend aan de chelatie-therapie te wijten zijn, is niets bekend. In de tijd dat de chelatie-therapie net in opkomst was, werden enkele sterftegevallen gerapporteerd ten gevolge van slecht functionerende organen. Nu weet men dat dergelijke patiënten van deze behandeling uitgesloten dienen te worden.

Als wij deze gevallen op miljoenen behandelingen die in de westerse wereld worden toegepast stellen tegenover de ca. 2 procent sterfte ten gevolge van coronaire kransslagader-operaties, wat neerkomt op ongeveer 800 doden per jaar alleen al als gevolg van operatief ingrijpen, dan blijkt daaruit, dat de chelatie-therapie zeker één van de veiligste is.

Aspirine wordt in de USA in ongeveer 800 sterfgevallen per jaar als doodsoorzaak vermeld. Niemand zou durven beweren dat aspirine met haar ontstekingswerende en pijnstillende werking afgedankt moet worden. Het gebruik van aspirine in geval van hartziekten wordt momenteel onderzocht op zijn gunstig effect. Misschien is het wel op grond van deze feiten dat in de Verenigde Staten de toch uiterst kritische Food and Drug Administration (FDA) het gebruik van chelatie-therapie toelaat en waarschijnlijk de resultaten van een langdurige studie afwacht, alvorens een oordeel uit te spreken over de doeltreffendheid ervan.

Artsen en patiënten beschikken over ruime aanwijzingen omtrent de doeltreffendheid van EDTA. Het kost echter vele jaren van grondige studie om deze aanwijzingen om te zetten in statistische en wetenschappelijk verantwoorde bewijzen. Totdat deze onderzoeken zijn afgesloten en de chelatie-therapie erkend is, zal zij niet door alle verzekeringen worden betaald. De vaak

desastreuze gevolgen van het achterwege blijven van de chelatie-therapie worden echter wel door de verzekeringen betaald. Onlogisch, maar zo werkt het wel.

Dit plaatst de verzekerde helaas voor een financieel dilemma. Hij zal puur om financiële redenen misschien kiezen voor afwachten en daarbij zijn leven in de waagschaal stellen, terwijl hij misschien veel liever in een vroeg stadium voor de chelatie-therapie had willen kiezen. Intussen zal iedere arts, overtuigd van de goede werking van de chelatie-therapie, toch proberen zoveel mogelijk patiënten hiermee te helpen.

[Naar inhoudsopgave](#)

1.9 Hoe wordt de chelatie-therapie beoordeeld door deskundigen?

De AMA, de Amerikaanse evenknie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, heeft in 1966 voor het laatst de resultaten van de chelatie-therapie onderzocht en kwam toen tot de volgende conclusie: 'De therapie verkeert nog in een onderzoekstadium en is niet bruikbaar in geval van atherosclerose of aanverwante afwijkingen, aangezien de resultaten niet van blijvende aard zijn'.

Men kan zich echter afvragen welke geneesmethode wel blijvend resultaat oplevert. Amputaties en blindedarmoperaties zijn blijvend, ook inentingen kunnen dit zijn. Behandeling met antibiotica, face-lifts en inhalatiekuren, om er maar een paar te noemen, zijn niet blijvend. Maar niemand durft te beweren dat ze daarom niet nodig of onbruikbaar zijn. Iedereen die betrokken is bij een chelatie-therapie is dankbaar voor de verbeteringen die eruit voortvloeien. De duur van de verbetering hangt mede af van de mate waarin de patiënt zich houdt aan de voorgeschreven voedings- en leefwijze, die een integraal onderdeel vormen van de chelatie-therapie.

We verwachten toch ook niet dat onze auto na een reparatie nooit meer defect raakt? Wat we verwachten is dat de auto het beter of minder goed zal doen, al naar gelang we er meer of minder zorg aan besteden. Een jaarlijkse controle van ons lichaam is toch niet te veel gevraagd om te zien of dit uiterst ingewikkeld mechanisme goed functioneert.

De eerdergenoemde Amerikaanse organisatie, de AMA, heeft het niet nodig

geacht om na 1966 nogmaals een onderzoek te doen naar de resultaten van de chelatie-therapie. De Amerikaanse Food and Drug Administration heeft het gebruik van EDTA-chelatie-therapie toegestaan om zware metalen als lood, kwik en arsenicum te cheleren, en tevens voor de behandeling van digitalisvergiftiging. De veiligheidsmarge tussen de geneeskrachtige en de giftige werking van het bij hartklachten zeer veel toegepaste digitalis (vingerhoedskruid) is zeer klein. Daarentegen heeft de chelatie-therapie een zeer ruime marge van veiligheid. Zoals eerder gesteld is het EDTA, zoals gebruikt bij de chelatie-therapie de 'natuurlijke' tegenstander van kalk. De laatste jaren zijn er ook andere middelen op de markt gekomen met een calcium-blokkerende werking. Dit betekent dat de vrij aanwezige kalk in de bloedbaan minder gemakkelijk in de lichaamscellen kan worden opgenomen. Deze medicijnen werken echter maar kort. Terwijl EDTA, dat de te grote hoeveelheden uit de lichaamscelmembranen verwijdert en daardoor de celwerking herstelt, in 1966 onvoldoende werkzaam werd geacht omdat het effect niet blijvend was, zijn inmiddels nieuwe calcium-blokkeerders met hun zeer korte werking wel erkend. Hierbij moet worden aangetekend dat de werking van zo'n calcium-blokkeerder ophoudt wanneer de ingenomen dosis is uitgewerkt. Dit middel moet dus continu worden gebruikt. Bovendien is de bijwerking vaak onaangenaam en soms zelfs gevaarlijk. EDTA heeft deze bijwerkingen niet.

EDTA verbindt zich snel met kalk, wordt volledig uit het lichaam verwijderd en is in therapeutische doses niet giftig. Calcium-blokkeerders moeten steeds in het lichaam voorkomen om werkzaam te kunnen zijn. Of de voortdurende aanwezigheid van deze nieuwe geneesmiddelen in het lichaam geen schadelijke bijwerkingen heeft moet nog worden afgewacht. Op den duur zullen doeltreffendheid, voor- en nadelen van deze kalk-blokkeerders duidelijk worden. Indien ze doeltreffend en veilig blijken te zijn, zal dit middel toepassing vinden in de geneeskunde, naast hun voorganger EDTA.

Het American College of Advancement in Medicine (ACAM) is een gespecialiseerde groep artsen, welke zich bezighoudt met het opstellen van voorschriften voor de chelatie-therapie, voor de handhaving van kwaliteitscontroles en voor training van artsen. Ze is tot rapportage verplicht aan organisaties als FDA en ACAM op het moment dat die beslissen een statistische analyse te willen maken van de landelijke medische gegevens. Dit zou een belangrijke stap vooruit kunnen betekenen in het omzetten van uitgebreide medische aanwijzingen in wetenschappelijk verantwoorde bewijzen.

De minachting die Paracelsus voelde voor de kortzichtige manier waarop in zijn tijd de geneeskunst bedreven werd en voor de wijze waarop deze naar zijn overtuiging te kort schoot, komt het beste tot uiting in hetgeen hij er zelf over heeft geschreven:

'Er bestaan veel meer ziekten met een onbekende oorzaak dan als gevolg van een mechanische storing, en voor zulke ziekten weten onze geneesheren geen

oplossing, want wanneer zij de oorzaak niet kennen kunnen zij haar niet wegnemen. Het enige dat zij redelijkerwijs kunnen doen is de patiënt observeren en vervolgens een gissing te maken naar wat hem mankeert; en de patiënt mag al tevreden zijn als de hem toegediende medicijnen geen ernstige schade aanrichten en zijn genezing niet in de weg staan. De beste van onze bekende artsen zijn zij die de minste schade aanrichten. Soms komt het echter helaas voor, dat artsen hun patiënten met kwik vergiftigen, of hen purgeren of aderlaten tot de dood er op volgt. Er zijn er die zoveel geleerd hebben, dat er in hun hoofd geen plaats meer is voor gezond verstand, en ook zijn er die zich veel meer bekommeren om hun eigen voordeel dan om de gezondheid van hun patiënten. Een ziekte past zich niet aan de kennis van de arts aan, de arts behoort de oorzaken van de ziekte te begrijpen. Hij moet haar kunnen leiden en begeleiden in haar strijd om het bestaan en hij behoort niet, door onverantwoord ingrijpen, de genezing te belemmeren.' (Uit de 'Paragranum', naar de vertaling van Franz Hartmann).

[Naar inhoudsopgave](#)

1.10 Hoe onderga je de chelatie-therapie?

Hoewel de chelatie-therapie biochemisch een ingewikkeld proces is, is zij als behandeling voor de patiënt zeer eenvoudig, veilig en pijnloos. Men ondergaat in totaal ongeveer 20 behandelingen twee maal per week, gedurende 3 uur per behandeling. De patiënt zit daarbij achterovergeleund in een stoel, terwijl de vloeistof uit een zakje via een infuussysteem door een dun slangetje in de aderen loopt. Tijdens de behandeling kan de patiënt lezen, wat slapen, of praten met medepatiënten (onder voortdurende controle van de medische staf). De patiënt kan rustig wat rondlopen, bijvoorbeeld om een tijdschrift te pakken of naar het toilet te gaan. Hij mag naar behoefte eten en drinken. Naast deze therapie wordt er dagelijks een individueel door een diëtist aangepast dieet gevolgd dat verrijkt wordt met vitamines, mineralen en sporenelementen, als aanvulling op het chelatieproces.

Bijverschijnselen: EDTA is in beginsel niet giftig, maar elke naaldeprik in een ader kan bijverschijnselen tot gevolg hebben. Er kan irritatie optreden op de plaats waar de naald wordt ingebracht, ook kunnen samentrekking van de ader, misselijkheid, duizeligheid en diverse andere symptomen voorkomen tijdens of direct na de behandeling. Eenvoudige maatregelen worden getroffen om de bijverschijnselen tot een minimum te beperken of te verhelpen. Totdat deze verschijnselen geheel verdwenen zijn blijft de patiënt onder controle. Over het algemeen raken patiënten al na enkele behandelingen vertrouwd met de gang van zaken. Sommigen gaan zelfs na een behandeling weer naar hun werk, en de meesten komen en gaan met hun eigen auto. De meeste patiënten zeggen

tijdens de gehele behandeling van geen enkel neveneffect last te hebben gehad. Alle patiënten worden grondig voorgelicht over de bijverschijnselen en risico's voordat de eerste behandeling begint.

De chelatietherapie is geen wondermiddel, maar door haar grondige werking in het gehele bloedvatstelsel is het niet verwonderlijk dat men na het gebruik ervan allerlei positieve gevolgen heeft kunnen waarnemen. Hoewel de therapie hoofdzakelijk wordt toegepast bij vergiftiging door zware metalen en slagaderziekten die hoge bloeddruk, angina pectoris en gangreen veroorzaken, is inmiddels gebleken, dat zij ook op talloze andere kwalen een gunstige uitwerking heeft.

Hieronder volgt een lijstje voorbeelden zonder verder commentaar:

Verkleint of vermindert:

- giftige metaalneerslag,
- abnormale kalkneerslag,
- cholesterol in het bloed,
- hoge bloeddruk,
- beenkrampen,
- hyperpigmentatie,
- grootte van nierstenen,
- vaatkramp zoals de ziekte van Raynaud in vingers en tenen.

Verbeterd:

- bloedcirculatie; huid en teint,
- gezichtsvermogen; gehoor,
- leverfunctie; nierfunctie,
- duizeligheid/beklemming of pijn op borst of in benen/beginnende dementie.

Verlicht min of meer:

- digitalisvergiftiging,
- loodvergiftiging,
- onregelmatig hartritme,
- hypoglykaemie,
- aderontsteking; sclerodermie,

- huidzweren; ziekte van Wilson,
- psoriasis.

[Naar inhoudsopgave](#)

1.11 Operatie van de kransslagaderen: wel of niet doen?

Veel lezers van deze brochure zullen het advies hebben gekregen om zich te laten opereren en de chirurg een omleiding te laten leggen om hun aangetaste kransslagaders heen (bypass). Zij staan voor de moeilijke beslissing of zij een operatie moeten riskeren, met de hoop op een leven zonder pijn daarna, maar ook met in het achterhoofd het sterfterisico waarmee een operatie gepaard gaat, of dat zij zich niet moeten laten opereren.

De nu volgende feiten kunnen een patiënt helpen bij het nemen van een beslissing, die immers beter genomen kan worden op grond van gedegen informatie dan van onjuiste voorlichting, angst of paniek, waarbij het niet van belang is of het nu gaat om een operatie aan de slagaderen van het hart, de benen of de romp.

Feit: het sterfterisico van circa 2 procent geldt alleen voor de grote ziekenhuizen waar veel van dit soort operaties wordt gedaan. Hierdoor hebben de chirurgen en hun teams een grote ervaring en kennis kunnen opdoen. Het risico in kleine ziekenhuizen is naar verhouding groter. Sterfte heeft ook te maken met leeftijd. Boven de 70 jaar stijgt het percentage, zelfs onder optimale omstandigheden, tot 10 procent of meer.

Feit: het merendeel van de patiënten met kransslagaderafwijkingen is niet geschikt voor een operatie. Op de vergadering van het Amerikaanse College van Cardiologen in 1981, zei dr. Elliot L. Rapaport, cardioloog in het San Francisco General Hospital, het volgende: 'Er bestaan bepaalde gevallen waarin opereren raadzaam is, in het bijzonder als het patiënten betreft met een zieke linker hoofdkransslagader. Opereren kan ook wenselijk zijn voor degenen die één, twee of drie zieke hartvaten hebben, waarbij het risico van ernstige schade bij een hartaanval groot is.

Maar er is een grote groep mensen met een stabiele (niet veranderende) angina pectoris (pijn in de borst), die twee of drie aangetaste bloedvaten kunnen hebben, bij wie de symptomen goed in bedwang gehouden en verlicht kunnen worden met geneesmiddelen.

Volledig herstel en de vermindering van risicofactoren kunnen bereikt worden door gereglementeerde lichaamsbeweging, een aangepast dieet, de behandeling van hoge bloeddruk en geneesmiddelen als nitraten, bètablockers of calcium-antagonisten. Mensen die aan angina pectoris lijden, kunnen bij een dergelijk regime geheel vrij blijven van pijn. Voor dit soort patiënten zal dan bewezen moeten worden, dat ze door een operatie langer in leven blijven. Als dit niet zo blijkt te zijn, is het niet reëel om ze aan de risico's van een operatie bloot te stellen, zeker niet wanneer ze geen symptomen vertonen.'

Feit: de stelling dat opereren het leven verlengt en een nieuwe hartaanval voorkomt, is niet bewezen. Zelfs de grote voorstanders van opereren zullen toegeven dat volgens de gegevens slechts een klein gedeelte van de patiënten met een kransslagader-hartziekte erbij gebaat is.

Feit: het opereren van de kransslagaderen met behulp van bypass-technieken werkt verzachtend, maar niet genezend. Er zijn zelfs vele gegevens die de stelling ondersteunen dat een operatie een versnellende werking heeft op het ziekteproces in de eigen bloedvaten van een patiënt, direct voor de plek waar getransplanteerd is. Dr. Henry D. McIntosh, hoogleraar in de medicijnen aan de Universiteit van Florida in Gainesville, Florida, zei onlangs: 'Het feit dat wij nu in staat zijn om door middel van een operatie een omleiding te leggen om aangetaste kransslagaderen heen, betekent een grote stap vooruit, en is van grote waarde voor een speciale groep patiënten. De ziekte aan de kransslagaderen gaat echter door en is nooit te genezen, zodat veel mensen helaas aan een operatie een onterecht gevoel van veiligheid ontnemen. De oorzaken van de ziekte worden niet weggenomen door de operatie. Nieuwe verstoppingen zullen ontstaan, tenzij men zijn leefwijze drastisch wijzigt. Wij zijn er niet voor 100 procent zeker van, maar wij denken dat het ziekteproces vertraagd kan worden door lichaamsbeweging, niet roken, vermindering van cholesterolopname en het op peil houden van de bloeddruk en het lichaamsgewicht. Maar waar het om gaat is, of men als gevolg van een operatie langer te leven heeft.

Waarschijnlijk geldt dit wel voor degenen bij wie alle drie de hartvaten zijn aangetast, maar niet voor patiënten die met één of twee hartvaten problemen hebben. Ik ben van mening, dat de toepassing van geneesmiddelen de symptomen kan verlichten en veel mensen ervan kan weerhouden zich in een te vroeg stadium te laten opereren.'

Feit: van de patiënten die de operatie overleven, krijgt minstens 15 procent een hartaanval tijdens of onmiddellijk na de operatie. Minstens 15 procent van de aderen die gebruikt worden om de verstopte kransslagader te omzeilen, zal na verloop van een jaar opnieuw verstopt zijn en deze zullen in een tempo van 3 tot 5 procent per jaar verder geblokkeerd raken.

Feit: een operatie kan gepaard gaan met een aanzienlijke hoeveelheid complicaties, waaronder beroerte, infectie, nierversgiftiging en bloedstolsels in de longen (longembolie). De frequentie waarmee deze complicaties zich voordoen, ligt begraven in statistieken en wordt zelden vermeld in rapporten. Zij zijn slechts bekend bij degenen die met dergelijke complicaties te maken hebben.

Feit: in het verleden zijn vele nieuwe operatietechnieken uitgetoetst, met als doel de verbetering van de bloedstroom naar het hart. Al deze technieken waren gedurende korte tijd in de mode. Zij werden toegepast en geaccepteerd, en zij werden nooit aangevochten zoals de chelatie-therapie is aangevochten. Hoe komt dat? Omdat operatietechnieken die waren uitgevonden in het hart van het medisch establishment, nooit grondig getoetst werden op doeltreffendheid en veiligheid, en stilzwijgend terzijde geschoven werden op het moment dat beschamend duidelijk bleek dat ze geen enkel nut dienden, terwijl de patiënt werd blootgesteld aan de risico's verbonden aan narcose en operatie. Deze operatietechnieken zijn inmiddels bijgezet in het rariteitenkabinet van de medische geschiedenis.

Hartchirurg Michael DeBakey (73), wiens specialiteit bestond uit het repareren van hart en bloedvaten, met een ervaring van ongeveer 40.000 operaties, werd geïnterviewd ter gelegenheid van zijn afscheid. Bij die gelegenheid verklaarde hij dat hij blij zou zijn wanneer hart- en vaatoperaties, de operaties waardoor hij beroemd was geworden, niet meer nodig zouden zijn. Hij zei: 'Ik heb het gevoel dat men zich op het moment steeds sterker bewust wordt van het belang, medisch gezien, om ziekte te voorkomen. Met andere woorden, je probeert de mensen te helpen bij het leren hoe ze moeten leven om gezond te blijven. Zij kunnen daar zelf veel aan doen. Aan de artsen de taak om daar de aandacht op te vestigen.' UPI, okt. 1981, Houston.

Op de dertigste jaarvergadering van het Amerikaanse College van Cardiologen, gehouden in maart 1981 te San Francisco Californië waren volgens zeggen 14.000 medici, onder wie 9.000 cardiologen, aanwezig.

Emilio R. Guilian, M.D., hoogleraar in de medicijnen aan de Mayo Medical School te Rochester, Minnesota, was tijdens die vergadering mede-voorzitter. Hij vatte de bevindingen en conclusies uit de vele excerpten en wetenschappelijke lezingen als volgt samen: 'Het is moeilijk om atherosclerose tijdig te ontdekken. Er zijn geen symptomen en de ontwikkeling strekt zich uit over een groot aantal jaren. Het proces verloopt meestal ongemerkt, totdat er een hartaanval of een beroerte optreedt. Helaas gebeurt het maar al te vaak, dat iemand plotseling overlijdt zonder dat er ook maar iets van verstopte aderen was gebleken.

Iedere patiënt die bepaalde symptomen krijgt, moet behandeld worden met alle ten dienste staande geneesmiddelen. Pas als blijkt dat deze absoluut niet helpen, moet operatief ingrijpen overwogen worden. De overgrote meerderheid van

patiënten met een kransslagaderafwijking is niet geschikt voor operatie.

De huidige gegevens lijken erop te wijzen, dat slechts een gering aantal patiënten er beter van wordt. Hierbij zijn inbegrepen die patiënten bij wie de hoofdkransslagader ernstig beschadigd is en ook zij die ernstige afwijkingen hebben aan alle drie de hoofdslagaderen. Patiënten die een operatie ondergaan, moeten beschikken over kransslagaderen die in hun verdere verloop niet vernauwd zijn, waarop de transplantaten aangesloten kunnen worden, en over een goede hartkamerfunctie. Verder is het van essentieel belang dat er een medisch programma wordt opgesteld als vervolg op de operatie. Dit houdt in een behandeling voor hoge bloeddruk, zwaarlijvigheid, suikerziekte, het verbeteren van de leefwijze en het voorkomen van stress, het vermijden van nicotine en cafeïne en het overmatig gebruik van suiker, zout en vet.

Kortom, voor alle patiënten die lijden aan een ziekte van kransvaten, zelfs voor degenen die wel voor opereren in aanmerking komen, is het van het grootste belang dat er een lange termijnplanning wordt gevolgd. De allerbeste remedie is echter preventie, het voorkomen.'

William Harvey, M.D. (1578-1657), een Engelse arts en bioloog, die in 1628 de bloedsomloop ontdekte, gaf als advies: 'Alleen door de wijsheid van het lichaam te begrijpen, zullen wij ziekte en pijn zozeer de baas kunnen worden dat wij in staat zijn de lasten van de mensheid te verlichten.'

[Naar inhoudsopgave](#)

1.12 Voorbeelden uit de praktijk

Enige tijd geleden verstuurden wij willekeurig vragenformulieren naar 150 van onze patiënten, die minimaal 20 chelatie-behandelingen achter de rug hadden. Er werd o.a. gevraagd hoe hun lichamelijke toestand was voor zij met de chelatie-therapie begonnen; wat voor klachten zij hadden; waarom zij met de therapie begonnen; wat hun behandelend arts voor advies gaf; hoe zij de therapie ondergingen en hoe hun lichamelijke toestand was ná de chelatie-therapie.

95% van de patiënten reageerde door het ingevulde vragenformulier terug te zenden. Hieronder volgt een greep uit hun reacties:

'Mijn toestand was zeer slecht. Ik kon nauwelijks meer lopen. Trappen klimmen en fietsen was onmogelijk. Het advies was om een hartoperatie te laten doen, maar dit bleek medisch niet meer verantwoord. Als laatste redmiddel begon ik

met de chelatie-therapie. Nu voel ik mij weer geweldig. Ik kan weer lopen, trappen klimmen en fietsen en spit zelf mijn tuin weer om. Ik heb geen bijwerkingen ondervonden.' Dhr. B. te T.

'Wegens vernauwde bloedvaten in mijn benen was het mij niet mogelijk 100 meter te lopen zonder te rusten. Mijn behandelend cardioloog wees op de mogelijkheid van de chelatie-therapie, alvorens tot operatie over te gaan. Nu kan ik weer 5 km lopen zonder onderbreking, mijn algehele conditie is sterk verbeterd en ik hoef niet meer geopereerd te worden!' Dhr. S. te T.

'Mijn lichamelijke conditie was ronduit slecht. Bij inspanning, wandelen, fietsen, traplopen etc. kreeg ik pijn in de kaken, polsen en armen en vooral in de borst. Ik had sedert jaren steenkoude voeten en het laatste jaar een opgedrongen gevoel in mijn hoofd. In overleg met mijn huisarts ben ik met de chelatie-therapie begonnen. Nu is het opgedrongen gevoel in mijn hoofd verdwenen. De pijn in mijn borst treedt nog maar zelden op en ik heb geen pijn meer in de kaken, polsen en armen. Een heel bijzondere gewaarwording zijn mijn warme voeten. Ik ben erg tevreden over de resultaten.' Dhr. K. te B.

'Ook na een bloedvatenoperatie in mijn benen kon ik niet verder lopen dan 50 meter. Ik had dan veel pijn in de benen en was erg duizelig door bloedvatvernauwing in de halsslagaders. Omdat ze mij niet meer durfden te opereren, ben ik na overleg met mijn huisarts, die volledig achter de chelatie-therapie stond, begonnen met deze behandeling. Na 20 infusen kon ik weer zeer goed lopen, ca. 4 km en zeer goed fietsen. Ik heb geen pijn meer in mijn benen en ben niet meer duizelig'. Dhr. G. te G.

'Ik kon zeer slecht lopen, na 50 meter was ik genoodzaakt te blijven staan tot de pijn over was. Ik had ook erge oorsuizingen links en rechts. Op aanraden van mijn cardioloog ben ik met de chelatie-therapie begonnen. Nu maak ik weer lange wandelingen van ca. 7 km. en meer en het oorsuizen is veel minder geworden.' Dhr. H. te M.

'Mijn toestand was zorgwekkend. Ik kon nauwelijks 100 meter lopen. Trappen lopen ging niet meer. Om amputatie van de benen te voorkomen begon ik met de chelatie-therapie. Reeds na 5-7 behandelingen voelde ik dat het lopen beter ging en minder pijnlijk was. Nu, ruim een jaar na het laatste infuus kan ik nog steeds kilometers lopen zonder pijn en moeiteloos trappen klimmen. Mijn kuitkrampen zijn ook verdwenen.' Dhr. F. te T.

'Ik had vaak angina pectoris aanvallen (pijn op de borst door zuurstoftekort in de kransslagaders). Omdat ik goede resultaten hoorde over de chelatie-therapie, ben ik hier ook mee begonnen. Na de 21e behandeling heb ik geen angina pectoris aanval meer gehad. Ik ben weer helemaal opgeknapt. Ik heb geen angst

meer voor een hartinfarct.' Dhr. B. te T.

[Naar inhoudsopgave](#)

1.13 Enquête en toelichting

Door de vereniging van chelatiepatiënten werd een vragenlijst aan al haar leden verstuurd met de volgende vragen:

1. Hoeveel infusen heeft u gehad?
2. Heeft u baat gehad bij de chelatietherapie? ja/nee?
3. Heeft u bij de behandeling vervelende verschijnselen bemerkt? ja/nee?
 - Zo ja, welke verschijnselen?
 - Hoe lang hebben deze geduurd?
 - Wat werd er tegen gedaan?
4. Indien u bent verbeterd, wat was het belangrijkste resultaat dat u van de chelatie-therapie hebt ondervonden?
5. Wat is de reden dat u de chelatie-therapie hebt ondergaan?
6. Rookt u (nog)?
7. Aanvullende opmerkingen:

Er werden 662 vragenformulieren verstuurd. Van 467 patiënten (= 71%) werd een antwoord ontvangen. Om te weten te komen waarom 29% van de geënquêteerden niet had gereageerd werd een telefonische steekproef bij 20 van hen gedaan. Hieruit bleek dat 45% het formulier door nonchalance was vergeten te retourneren, 15% van hen was pas met de behandeling begonnen en konden nog geen oordeel vellen, 15% was onder invloed van kritiek uit hun omgeving of van de huisarts voortijdig gestopt met de therapie, 10% was, zonder zelf de therapie te hebben ondergaan, ondersteunend lid, 5% was, alvorens met de behandeling te zijn begonnen, overleden en 10% was nog niet met de

behandeling begonnen. Van de 20 telefonisch geïnterviewden had derhalve 55% de behandeling niet, of te kort, gedaan om een oordeel te kunnen vellen. De overige 45% hadden allen baat bij de ondergane behandeling.

De 467 retour ontvangen vragenformulieren werden geanalyseerd, waarbij de antwoorden het volgende resultaat te zien gaven:

1. Hoeveel infusen heeft u gehad?

In totaal bleken er 11.582 infusen te zijn gegeven, hetgeen resulteert in een gemiddelde van 24,8 per patiënt, met een variatie van 8 tot 63 infusen.

2. Heeft u baat gehad bij de chelatie-therapie?

94% ofwel 437 personen, heeft deze vraag bevestigend beantwoord.

3. Heeft u bij de behandeling vervelende verschijnselen bemerkt?

14% ofwel 75 personen, heeft deze vraag met 'ja' beantwoord. Als bijwerkingen werden genoemd: kortdurende hoofdpijn, moeheid en duizeligheid. Al deze verschijnselen waren van voorbijgaande aard en hebben in geen enkel geval aanleiding gegeven de behandeling te staken.

4. Indien u bent verbeterd, wat was het belangrijkste resultaat dat u van de chelatie-therapie hebt ondervonden?

Uiteraard werd deze vraag, afhankelijk van de voorheen bestaande klachten en de opgetreden verbeteringen door iedereen anders beantwoord. Belangrijk te vermelden is dat: 144 personen met een angina pectoris aandoening (kransslagadervernauwing), 143 personen met een claudicatio aandoening (vernauwing beenslagaderen), 73 personen met angina pectoris en claudicatio aandoeningen en 31 personen met hoofdklachten (cerebrovasculaire vernauwing) baat hebben gehad bij de behandeling, terwijl 30 mensen de behandeling preventief hebben ondergaan, d.w.z. zonder vooraf klachten te hebben gehad. Van hen blijken 26 achteraf toch verbetering van hun gezondheid te hebben vastgesteld. Wanneer werd opgegeven dat met preventie bedoeld werd 'ter voorkoming van een tweede hartinfarct of preventie van een tweede operatie' werden deze personen zoveel mogelijk ingedeeld in de groep behorende bij hun ziekteverschijnselen. Een restgroep van 20 personen, welke zegt baat te hebben gehad bij de behandelingen, is te verdelen in 1 maal vaatvernauwing in de handen, 7 maal reuma, 1 maal artrose, 1 maal ischias, 1 maal psoriasis en 9 maal onduidelijk.

5. Wat is de reden dat u de chelatie-therapie hebt ondergaan?

Uiteraard werd ook deze vraag door iedereen anders beantwoord. Als reden werd opgegeven: 155 maal angina pectoris, 148 maal claudicatio, 75 maal angina pectoris en claudicatio, 34 maal hoofdklachten, 30 maal preventief, 1 maal reuma, 1 maal artrose, 1 maal ischias, 1 maal psoriasis en 14 maal onduidelijk. Onder de groep 'hoofdklachten' vallen patiënten die als reden opgaven: vernauwing van halsslagader(s), oorsuizingen, duizeligheid, hoofdpijn en gezichtsstoornissen door vernauwde bloedvaten.

6. Hoeveel rookt u (nog)?

Deskundigen zijn van oordeel dat opgaven over het eigen rookgedrag onbetrouwbaar zijn.

7. Aanvullende opmerkingen: 13 mensen meldden dat zij door hun verbeterde conditie weer aan het werk zijn gegaan. Het gaat hier om mensen die hun beroep weer opvatten. Een patiënt gaf op dat 'de verlammingen zijn verdwenen'. 2 Personen verklaarden voor het eerst sinds jaren weer normaal, d.w.z. zonder stok, te kunnen lopen. Twee anderen verklaarden expliciet, dat hun gezichtsvermogen dermate is verbeterd, dat ze weer mogen autorijden; het voorheen ingetrokken rijbewijs is dus weer verstrekt. De psoriasispatiënt deelde mede dat de huid zelfs drie maanden na het stoppen met de infusen nog verbetert. Van de 29 personen die zeggen zelf geen baat te hebben gehad bij de behandelingen, verklaren 28 patiënten ongevraagd voorstander te zijn van de chelatie-therapie, omdat zij bij de meeste andere patiënten spectaculaire verbeteringen hebben gezien door deze behandeling. Velen vermeldden verbeteringen betreffende de bloeddruk, het cholesterolgehalte enz.

De telefonische steekproef naar de reden van het niet retourneren van het vragenformulier wijst uit, dat het niet beantwoorden geen verband houdt met het falen van de behandeling; met andere woorden, ook onder hen die geen formulier invulden, is het succespercentage hoog.

Volgens dit onderzoek blijken de hardnekkigste gevallen van vaatvernauwing in 94% der gevallen nog gunstig te reageren op chelatie-therapie, d.w.z. vermindering of verdwijning van de klachten. De aldus bereikte verbetering van levenskwaliteit is voor patiënt en arts uiteraard een sterk argument ten gunste van de chelatie-therapie.

De Gezondheidsraad (GR) en vele andere tegenstanders van chelatie-therapie staan echter niet toe, dat deze subjectieve verbeteringen gebruikt worden als argument om de chelatie-therapie toe te passen; zij eisen bewijsvoering langs andere wegen, liefst met dierproeven en dubbelblind onderzoek bij patiënten.

Subjectieve argumenten zijn volgens hen ongeldig.

Bij het toepassen van de gangbare therapieën voor vaatvernauwing (bijvoorbeeld bypassoperaties) schijnt het wél toegestaan te zijn deze subjectieve verbeteringen te gebruiken als argument om de behandeling te propageren. Blijkbaar hebben deze tegenstanders zelf ook geen betere beweegredenen voor hun medische handelen, dan de levenskwaliteiten van de patiënt. Zij zien echter over het hoofd, dat zij hier met twee maten meten.

De GR wijst herhaaldelijk op de risico's van de schadelijke bijwerkingen van deze therapie, maar bij dit onderzoek, dat betrekking heeft op 11.582 toegediende chelatie-infusen, konden geen schadelijke bijwerkingen van betekenis worden geconstateerd.

[Naar inhoudsopgave](#)

Diverse therapieën

Het was onze bedoeling in deze brochure een duidelijk beeld te schetsen van wat de diverse therapieën inhouden en bij welke ziektebeelden men het gebruik ervan zou kunnen overwegen.

Wij hebben ons best gedaan vergelijkingen te trekken met alledaagse voorvallen en verschijnselen, in de hoop dat de lezer op die manier de ideeën en de uitgangspunten van deze therapieën het best zou kunnen begrijpen. Medisch geschoolde lezers kunnen dieper op de verschillende onderwerpen ingaan door o.a. de in de referentielijst genoemde boeken te bestuderen. Zij zullen er begrip voor hebben dat in dit boekje, dat voor de potentiële patiënt bedoeld is als een eerste kennismaking met de diverse mogelijkheden, niet alle informatie gegeven kan worden. Informatie en begrip vormen de enige rechtvaardige basis voor een verantwoorde keuze van welke medische behandeling dan ook.

Wij hopen dat de lezers van deze brochure in groten getale de moed zullen opbrengen gebruik te maken van het recht dat zij hebben om gekend te worden en een stem te hebben in beslissingen over hun leven en hun gezondheid. Wij hopen dat zij hun artsen net zo lang zullen achtervolgen met vragen, tot die artsen zich uit belangstelling, nieuwsgierigheid, irritatie of wanhoop op de hoogte gaan stellen van de diverse therapeutische mogelijkheden.

De chelatie-therapie is niet meer weg te denken. Misschien komt er ooit een tijd dat wij ons leven en onze gezondheidszorg zodanig kunnen inrichten, dat zelfs de chelatie-therapie niet of nauwelijks meer nodig zal zijn. Tot die tijd zal chelatie, evenals de overige therapieën, een belangrijke rol blijven spelen. Net zoals de

chelatie-therapie voor de meeste mensen het moment van een operatie kan uitstellen of voorkomen, kunnen een verstandige leefwijze en een goede gezondheidszorg een mogelijke chelatie-therapie uitstellen of voorkomen. Welke arts zou het niet toejuichen als hij, zijn familie en zijn medemensen hun leven lang niet meer bang hoefden te zijn voor een beroerte, een hartaanval of gangreen als gevolg van een vergevorderde atherosclerose, omdat ze vrijwel niet meer voorkwamen?

'Het is het doel van de geneeskunde dat ziekte wordt voorkomen en het leven wordt verlengd. Het is het ideaal van de geneeskunde dat de arts overbodig zal zijn', zegt William J. Mayo, M.D., oprichter van de Mayokliniek in Rochester, Minnesota.

[Naar inhoudsopgave](#)

Cheleform: een waardevolle aanvulling

Veel ziekten en kwalen worden veroorzaakt of verergeren door een gebrek aan essentiële voedingsmiddelen, zoals vitaminen, mineralen en sporenelementen.

Wanneer ook bij u mocht blijken dat een aanvulling hiervan noodzakelijk of wenselijk is, kunt u het gebruik van Cheleform overwegen. Dit preparaat is door de Dr. Keulen Kliniek zelf ontwikkeld en bestaat uit een complex van vitaminen en andere belangrijke stoffen.

De samenstelling is zodanig dat u dit - in tegenstelling tot normale vitaminepreparaten- zonder enig bezwaar langdurig kunt gebruiken.

Door de unieke chelaatvorm wordt het heel gemakkelijk door de darmen opgenomen (de chelaatvorm is de natuurlijke vorm waarin bijvoorbeeld ijzer in het bloed voorkomt). Vooral mensen die een aantal stoffen anders niet kunnen opnemen, hebben er veel baat bij. Mogelijk biedt Cheleform ook u de mogelijkheid om uw gezondheid nog beter te kunnen controleren.

[Naar inhoudsopgave](#)

Referenties

1. Bruce W. Halstead, M.D.: The Scientific Basis of EDTA Chelation Therapy, Golden Quill Publisheer, Inc. 1979 (contains 157 additional references).
2. Marvin J. Seven, M.D. and L. Audrey Johnson, M.D.: Metal Binding in Medicine, J.P. Lippincott, Phila., 1960 (Contains 830 additional references).
3. Harold Harper, M.D. and Garry F. Gordon, M.D.: Reprints of Medical Literature on Chelation Therapy (Contains 77 additional references).
4. Garry F. Gordon, M.D. and Robert B. Vance, D.O.: EDTA Chelation Therapy for Atherosclerosis, History and Mechanism of Action, Osteopathic Annals Reprint, Insigt Publishing Co., Incl., Feb., 1976.
5. James J. Julian, M.D.: Importance of Chelation in Nutrition, Twin Circle National Weekly Magazine, July 9, 1978
6. James J. Julian, M.D.: Chelation as Therapy, Twin Circle National Weekly Magazine, July 16, 1978.
7. James J. Julian, M.D.: Chelation Therapy Promises Relief, Twin Circle National Weekly Magazine, July 23 1978.
8. O. Brucknerova and J. Talucek: Chelates in the Treatment of Occlusive Atherosclerosis, Unit Lek, 18:729, 1972 (abstract).
9. H. Spencer: Studies on the Effects of Chelating Agents in Man, Ann. N.Y. Acad. Sci. 88:435, 1960.
10. N.E. Clarke and R.E. Mosher: Treatment of Angina Pectoris with Disodium Ethylene Diaminetetraacetic Acid, A.M.J.M. SC., 232:654-666, 1956.
11. Robert W. Wissler, Ph.D, M.D. and Dagoslava Vesselinovitsch, D.V.M.: Regression of Atherosclerosis in Experimental Animals and Man, Modern Concepts of Cardiovascular Disease, Vol. XLVI.
12. John J. Miller, Ph.D.: Chelation, A new Approach to the Practice of Medicine,

Journal of Applied Nutrition, Vol. 15, No.'s 384, 1962.

13. Morton Walker, D.P.M.: Chelation Therapy - How to prevent or Reverse Hardening of the Arteries, '76 Press, June 1980.

14. J.R. Kitchell, F. Palmon, Jr., N. Aytan and L.E.Weltzer: The Treatment of Coronary Artery Disease with disodium EDTA, A Reappraisal, Am. J. Cardiology, 11:501-506, 1963.

15. Carlos P. LaMar: Calcium Chelation of Atherosclerosis - Nine Years' Clinical Experience, Fourteenth Annual Meeting of AM. College of Angiology, 1968.

16. Carlos P. LaMar, M.D., F.I.C.A.: Chelation Therapy of Occlusive Atherosclerosis in Diabetic Patients. Journal of Angiology, Vol. 13, No. 9, Sept 1964.

17. A. Soffer: Chelation Therapy for Atherosclerosis, JAMA, Vol. 223 No. 11:9-15-75.

18. Craven and Morelli: Chelation Therapy, Western Journal of Medicine, 122:277-278, March, 1975.

19. American J. of Lab. and Clinical Medicine: Regarding E.D.T.A., April 1930.

20. H. Spencer, V. Vankinscott, et al.: Removal of Calcium in Man by EDTA, J. of Clin. Investigations, 31:1023-1027, 1952.

21. David Cooper: Early Detection of Atherosclerosis by External Pulse Recording, JAMA, Vol. 199 No. 7, p. 449, Feb. 13, 1967.

22. Stefan A. Carter, M.D.: Indirect Systolic Pressure in Pulse Waves in Arterial Occlusive Disease in Lower Extremities, Circulations Vol. 37, p. 624, April 1968.

23. Richard Passwater, Ph.D.: Supernutrition for Healthy Hearts.

24. U.S. Dept. of Health and Human Services: Health Care Financing, Adm. Surgery, Pamphlet HCFA-02114.

25. G.F. Gordon, M.D.: Lead Toxicity, American Academy of Medical Preventics.

26. W. Friedel, F.H. Schulz, L. Schröder: Therapy of atherosclerosis through Mucopolysaccharides and EDTA, Deutsch. Gesundh. - Vol. 20, 1965.

27. G.F. Gordon, M.D.: New Dimensions in Calcium Metabolism, Osteopathic

Annals, Spring 1983.

28. E.K. Nikitina and M.A. Abramova: Treatment of Atherosclerosis patients with Trilone-B, Moscow 1972.

29. P. Haris and L.K. Opic: Calcium and the Heart, Academic Press 1971.

30. E.M. Cranton and A. Becher: Bypassing bypass, Stein and Day, New York 1984.

31. Prof. Dr. J.G. Defares, Chelatie-therapie, Strengholt 1985.

32. Prof. Dr. J.G. Defares, 120 Jaar jong, Strengholt 1987.

33. Prof. Dr. J.G. Defares, De celtherapie, Strengholt 1973.

34. Prof. F. Schmidt, Zelltherapie, Gott Verlag 1981.

35. S. Rilling/R. Viebahn, The use of ozone in medicine, Haug publisher isbn 3-7760-0956-x

[Naar inhoudsopgave](#)