

VITAMIN B3 IN DER PRAXIS

Wolfgang Gerz, Arzt

EINLEITUNG

Seit Jahrzehnten wird immer wieder von den vielfältigen Einsatzmöglichkeiten des Vitamin B3 berichtet – z. T. in sehr eindrücklicher Form, mit sehr genauen klinischen Beobachtungen – aber nie mit Laborbefunden der B3-Metabolite oder auch anderer Parameter, die physiologisch mit dem B3-Stoffwechsel assoziiert sind:

- Bayer* hat 2015 die Physiologie des B3 zusammengefasst und Indikationen angeführt.
- Gerson* setzt es seit 80 Jahren in der Krebstherapie ein – als Niacin, zusammen mit CoQ10 zur Verbesserung des intrazellulären und Leber-Stoffwechsels. Niacinamid und „No-Flush-Niacin“ werden klar als unwirksam bezeichnet.
- Hoffer* u. a. haben es seit den 1950er-Jahren in der Psychiatrie eingesetzt – als Niacin oder Niacinamid.
- Kapuste* berichtet 1995 über die jahrzehntelangen Beobachtungen von Kaufman* zum Niacinamid, aber auch von anderen Autoren mit verschiedenen B3-Formen.
- Pfeiffer* berichtet als langjähriger Leiter des „Brain Bio Center“ in USA mehrfach und detailliert über B3, aber auch andere für die Gehirnfunktionen wichtige Substanzen wie B6, Tryptophan, Inositol, Vitamin C u. a.
- Prof. Williams, der Entdecker des Vitamin B5 – einer der größten Forscher aller Zeiten zum Thema Vitamine und Orthomolekulare Medizin (OM) – weist vielfach auf die Bedeutung des B3 hin.
- Wright* beschreibt die Zusammenhänge zwischen B3 und B6 sowie den anderen Vitaminen des „B-Complex“, aber auch Tryptophan (s. Literatur).

Dieser Beitrag setzt ausdrücklich die Artikel von Bayer und Kapuste voraus und soll aber konkrete Hinweise für die Umsetzung einer modernen B3-Therapie in der Praxis geben, bei der erstmals die beiden Metabolite Niacin und Niacinamid sowie das CoQ10, aber auch ggfs. andere assoziierte Faktoren wie Vitamin B6 oder Serotonin im Labor gemessen und mit Reinstoffpräparaten statt Tabletten behandelt wird.

DEFINITIONEN UND VORAUSSETZUNGEN

Alle zitierten Arbeiten haben einige Probleme gemeinsam:

1. Als Erstes stolpert man über die Nomenklatur: einesteils gilt Nikotinsäure = Vitamin B3 = Niacin, andererseits heißt

es, dass es zwei Formen von B3 gibt, nämlich Niacin und Niacinamid – und während an einigen Stellen sehr genau darüber berichtet wird, welche Form von B3 verwendet wird, wechseln die Autoren verschiedener Artikel ständig mit den Ausdrücken hin und her, was z. T. mehr Verwirrung als Klarheit stiftet.

Englisch Niacin = Nicotinic Acid und Niacinamide = Nicotinamide

Deutsch Nikotinsäure und Nikotinamid

Aber Es gibt nur einen Niacin-Flush, keinen B3- oder Nikotinsäure-Flush.

Und Die entsprechenden OM-Präparate heißen weltweit eindeutig Niacin und Niacinamid.

Zusätzlich gibt es das Inositol-Hexanicotinat = Inositol-Hexaniacinat (IHN) = No-Flush-Niacin. Chemisch gesehen ist das die Bindung von sechs Molekülen Niacin an ein Molekül Inositol.

Ich schlage deshalb vor, alle Formen von Vitamin B3 unter diesem Begriff zusammenzufassen, aber bei spezifischen Angaben die englischen Namen Niacin und Niacinamid zu verwenden sowie die Abkürzung IHN für das „No-Flush-Niacin“.

2. Auch die pharmazeutische Darreichungsform – für frühere Arbeiten meist nicht mehr nachvollziehbar – spielt eine große Rolle: so ist sicher der „Niacin-Flush“ schneller und intensiver bei Reinsubstanzen anstatt bei Tabletten mit sehr viel Kleber- und Füllstoffanteil und damit deutlich verminderter Resorption. In Deutschland ist derzeit kein reines Niacin-Präparat mehr zugelassen. Wir arbeiten mit **Niacin**: 50 mg-Kps., Reinsubstanz, Apothekenherstellung. **Niacinamid**: 500 mg-Kps., PE oder Thorne (USA-Import). **IHN = No-Flush-Niacin**: Niacitol (PE) mit 500 oder 650 mg pro Kapsel oder vergleichbare Produkte anderer Hersteller.

Die in alten Arbeiten angegebenen Dosierungen von bis zu 500 mg Niacin pro Tablette legen nahe, dass bei diesen die Resorption stark verzögert („Time Release“) oder komplett ungenügend war, weil es wohl bei fast allen Patienten mit 500 mg Niacin als **Reinsubstanz** zu unerträglichen Flush-Reaktionen kommen würde!

3. Da man das Vitamin B3 in der Routinediagnostik bis vor einigen Jahren überhaupt nicht sinnvoll bestimmen konnte, gibt es tatsächlich in keiner der älteren Arbeiten hierzu irgendwelche Angaben!

Vom Labor Dr. Bayer* aber gibt es seit einigen Jahren eine Messmethode für den B3-Gesamtgehalt und seit Ende 2014 die getrennte Bestimmung der beiden Metabolite Niacin und Niacinamid. Seither haben wir die eigenen Anstrengungen in Bezug auf eine optimale B3-Therapie intensiviert und auch durch Laborbefunde kontrolliert falls möglich.

* siehe Literaturverzeichnis

FALLBEISPIELE

Wir behandeln grundsätzlich möglichst bio-logisch – d. h. mit Entgiftung, OM, wo sinnvoll „Life-Style-Modification“, individueller Optimierung der Ernährung, Herdsanierung, Regulation mit Phytotherapie und Homöopathie – und alles wo immer möglich nach bioenergetischer Testung mit Applied Kinesiology (AK)* und natürlich optimaler Labordiagnostik. Für diesen Artikel werden aber nur die zum Thema wichtigen Befunde und Therapeutika aufgeführt – weitere Informationen sind gerne beim Autor erhältlich Wichtig: So unterschiedlich die drei Fälle sind, alle erhielten über lange Zeiträume auch Kupfer in eine Dosierung von 2-3 x 2 mg/d!

FALL 1 – S.P., 52 JAHRE

Der erste Fall, bei dem uns die neuen Indikationen „Hepato-pathie und CoQ10“ aufgefallen sind, war eine Patientin, die im Spätsommer 2013 ohne jede eruierebare Ursache plötzlich eine stärkste Hepatopathie entwickelte mit Maximalwerten von GGT 208, GOT 430, GPT 482 und Bilirubin 3.57. Wegen der rapiden Verschlechterung erfolgte die stationäre Aufnahme und Abklärung – letztlich ohne wirklich kausale Diagnose (s. Tabelle 1b)!

Neben strengster Alkohol-Karenz behandelten wir von Mitte Oktober 2013 an mit 200 mg CoQ10/d – am 12.11. 2013 zeigte sich dann ein CoQ10-Wert von 0.76!

Ab 22.11. 2013 zusätzlich 2 x 500 mg/d Niacinamid und ab Ende Januar 2014 Steigerung von CoQ10 auf 300 mg/d – damit stieg der CoQ10-Wert auf einen bis dahin im Labor Bayer noch nie gemessenen Wert von 7.02 an. Wir stoppten deshalb jegliche CoQ10-Gabe, führten aber das Niacinamid weiter – die Entwicklung der Laborwerte siehe Tabelle 1a.

Auffällig auch der Anstieg des HDL von 54 am 21.10.2013 auf 105 am 14.02.2014 unter Niacinamid – was angeblich nur unter Niacin erfolgen soll!

Erfreulicherweise sind heute die Leberwerte völlig unauffällig bei gutem Allgemeinbefinden!

Untersuchung	12.11.13	14.02.14	12.02.15	19.05.15	03.06.15	13.10.15
Nicotinsäure im Serum			57	59	68	35
Nicotinamid im Serum			75 -	19.4	37.6	18.4
Niacin im Serum			65	78	106 +	53
CoQ10	0.76	7.02 +	1.00	5.34 +	2.76 +	2.39 +

Tabelle 1a Laborwerte für B3-Metabolite und CoQ10

Untersuchung	21.10.13	06.11.13	10.02.14	04.04.14	21.08.14	20.12.14	08.10.15
GOT	430	190	67	41	26	28	43
GPT	482	298	61	48	26	26	34
GGT	208	159	90	54	23	21	20
Bilirubin	3.44	3.57	1.32	0.90	1.01	0.78	0.92

Tabelle 1b Leberwerte

FALL 2 – F.S., 55 JAHRE

Bei diesem Patienten bestehen seit vielen Jahren erhöhte GGT-Werte ohne typische Klinik; Hepatitis-Serologie mehrfach o.B. Zusätzlich ausgeprägte Sonnenallergie, häufig Infekte, leichte arterielle Hypertonie. Wir behandeln seit Januar 2011; die relevanten Laborbefunde siehe Tab. 2b). Hier ist interessant, dass sich unter 2 x 500 mg/d Niacitol zwischen den beiden ersten Befunden praktisch keinerlei Änderung des Niacin-Gesamtwertes ergab – aber optimales Allgemeinbefinden und v. a. weniger Sonnenempfindlichkeit! August 2011: Anstieg von Niacin gesamt von 49 auf 70 durch Steigerung von Niacitol 500 mg auf 3 x 1/d. Damit sehr guter Sommer; RR oberer Normbereich ohne allopathische Medikation; Sonne besser verträglich! GGT am 13.10. 2011: 99.

Im Herbst 2015 dann – nach einem relativ guten Sommer, aber mit Lücken in der Niacitol-Einnahme: Anstieg GGT von

76 auf 119. Rückgang aller drei B3-Messwerte, wobei die Ausgangsbefunde vom 28.5.15 mit 3 x 650 mg Niacitol erzielt wurden. CoQ10 jetzt erstmals gemessen und mit 1.08 im mittleren Normbereich (s. Werte 16.09.15).

Umstellung der Therapie auf 3 x 500 mg Niacinamid → damit Verbesserung der GGT auf 76 sowie Anstieg des CoQ10 um 10% und Werte aller drei B3-Messwerte jetzt höher als im Mai mit 3 x 650 mg Niacitol.

Besonders wichtig für diesen Patienten: leichte, aber konstant messbare Absenkung des RR um ca. 8-10 Punkte systolisch und 3-5 Punkte diastolisch!

Im März 2016 subjektiv weiterhin gut bei GGT 79 mit Niacinamid 3 x 1, aber nicht mehr so konsequent: Rückgang aller drei Messformen des B3 und entsprechend wieder Rückgang des CoQ10 um 10%!

Untersuchung	04.02.11	06.04.11	23.08.11	28.05.15	16.09.15	28.10.15	21.03.16
Nicotinsäure im Serum				43	29	45	32
Nicotinamid im Serum				19.7	13.0	45.8	27.8
Niacin im Serum	48	49	70	63	42 -	91	60
CoQ10					1.08	1.20	1.04

Tabelle 2a Laborwerte für B3-Metabolite und CoQ10

Untersuchung	30.03.11	13.10.11	09.12.14	20.05.2015	08.09.15	21.10.15	17.03.16
GGT	126	99	86	76	119	76	79

Tabelle 2b Leberwerte

FALL 3 – G.A., 53 JAHRE

Hauptdiagnosen: Z.n. Bypass-OP vor 4 Jahren; seit Kindheit bekannte drastische Alkohol-Intoleranz. Starke Hyperlipidämie mit Cholesterin > 300, niedrigem HDL um 30 und Triglyceriden um 500!

Seit Jahrzehnten erhöhte GGT zwischen 200 – 300; im Zuge der allopathischen kardiologischen Medikation postoperativ Anstieg auf über 1000! Deshalb Stopp der Simvastatin-Therapie; danach GGT 256 (Nov. 2013). Wir behandelten ab Oktober 2014 mit Niacinamid 3 x 1/d.

Verbesserung der GGT von 256 auf 183 am 25.2. 2015; analog dazu siehe die Verbesserung der B3-Werte.

Sensationell der Anstieg des CoQ10 um 90% ohne jegliche CoQ10-Gabe; interessant auch, dass trotz Gabe von Niacinamid der stärkere Anstieg beim Niacin (Nikotinsäure) erfolgt. Im Zeitraum zwischen Oktober 2014 und Februar 2015 erfolgte die Umstellung der B3-Messung im Labor Dr. Bayer! Ab Anfang März unveränderte Medikation mit Niacinamid 500 mg/d 3 x 1, aber wegen der erhöhten Lipidwerte Empfehlung zu einer primär vegetarischen Diät ohne jeglichen Zucker und mit wenig Kohlenhydraten: damit weitere Verbesserung der GGT auf 120 (17.6.15) bei nunmehr dras-

tisch angestiegenen B3-Werten. Weiterer Anstieg des CoQ10 und jetzt alle Metabolite über der Norm, wobei der Anstieg primär beim Niacinamid ist – wie es angesichts der Medikation auch sein sollte. Ursache: bio-logische Umstellung der Ernährung?? Sicher aber: keine erhöhte Umwandlung vom Niacinamid in Niacin!

Mai 2015 bis Januar 2016: Weiterhin Niacinamid 3 x 1/d, aber Rückkehr zur eiweißlastigen Ernährung; damit am 8.1.16 GGT 107. Beachte die stabil hohen CoQ10-Werte und stabil im mittleren bis oberen Normbereich befindliche B3-Werte bei unveränderter Gabe von Niacinamid 500 mg 3 x 1/d! Auffällig ist der extreme Anstieg von Nicotinamid mit dem Wechsel der Ernährung auf weniger Kohlenhydrate und Eiweiß und dann die Umkehr bei Rückkehr zur vorherigen Ernährungsweise – aber auch die stabile Situation mit gebesserten Leberwerten und hohen CoQ10-Werten bei ständig unveränderter Therapie mit Niacinamid 3 x 1/d.

Neben der orthomolekularen Medikation erfolgte seit Oktober 2014 alle ein bis zwei Wochen eine kleine Chelat-Therapie mit Calcium-EDTA i.v. und je einer Ampulle Methylcobalamin.

Untersuchung	29.10.14	02.03.15	19.05.15	22.06.15	18.01.16
Nicotinsäure im Serum		74 +	72 +	49	40
Nicotinamid im Serum		33.4	> 1000 +	36.6	33.5
Niacin im Serum	40 -	107 +	> 1000 +	86	74
CoQ10	0.98	1.73 +	2.07 +	2.17 +	2.21 +

Tabelle 3a Laborwerte für B3-Metabolite und CoQ10

Untersuchung	03.02.12	21.11.13	25.02.15	17.03.15	08.05.15	17.06.15	29.09.15	16.10.15	08.01.16
GOT	37	19	32	27	33		29	25	20
GPT	115	37	56	49	44		52	59	46
GGT	1049	256	183	133	103	120	170	138	107

Tabelle 3b Leberwerte

ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Folgende Beobachtungen können schon jetzt berichtet werden:

1. Oben aufgeführte Fälle und eine Fülle weiterer Patientenbeispiele zeigen, dass die Messung der B3-Metabolite auf jeden Fall Sinn macht. Aber: Durchgängige und angesichts der Literatur zu erwartende Ergebnisse waren nicht zu beobachten.
2. Der Mehrzahl der Patienten mit typischen Beschwerdebildern geht es auf jeden Fall mit einer B3-Therapie besser.
3. Die früher angegebenen Indikationen sind z. T. nachvollziehbar, z. T. aber auch nicht – und sollten erweitert werden um:
 - Hepatopathie
 - Förderung der körpereigenen CoQ10-Synthese
4. Will man es einfach halten, dann lässt sich sagen:
 - Niacinamid als 500 mg-Kps. zeigt insgesamt die besten Anstiege aller B3-Metabolite, ist preiswert und hat nicht die Problematik der Flush-Reaktion.
 - Niacin in Form von 50mg-Kps. ist ebenfalls in Einzelfällen stark wirksam.
 - IHN = Niacitol führt nie zu wirklich hohen B3-Werten, wirkt aber psychisch oft gut und hilft auf jeden Fall, offene Mangelzustände an B3 zu vermeiden.

- Während Niacinamid bei hochdosierter Gabe meist auch in Niacin umgewandelt wird, ist das umgekehrt manchmal nicht der Fall!
- 5. Eine legendär einfache Empfehlung von Wright* sei in Erinnerung gebracht: nach eingehender Anamnese und Untersuchung kann bei allen möglichen Beschwerden am Ende des ersten Termins die i.v.-Gabe von 5 oder 10 ml eines guten B-Komplex-Präparates** Sinn machen: geht es dem Patienten damit sofort besser – und wenn auch nur kurze Zeit – dann lohnt sich ein sehr genauer Blick insbesondere auf die Vitamine B3 und B6!

Ich möchte möglichst vielen KollegInnen „Appetit auf mehr“ in Bezug auf eine eingehende Auseinandersetzung mit Vitamin B3 machen. Dazu empfiehlt sich zuerst das Studium der Literatur, dann die Labormessung der oben angesprochenen Mikronährstoffe und dann die bio-logische Therapie mit dem primären Ziel des Ausgleichs aller Defizite. Es gibt bereits eine kleine inoffizielle „Arbeitsgruppe B3“ und wir freuen uns auf weitere MitstreiterInnen: Kontakt über Tel. 089-899962628.

** Wir verwenden „Vitamin B Komplex“ von der Arnika-Apotheke

LITERATUR

Bayer W.

- Niacin-Infoblatt
- Niacin – ein vergessenes Vitamin. 2011
- Differenzierte Bestimmung der Niacin-Metabolite. 5/2015
Alle: http://www.labor-bayer.de/laborinformationen_publicationen.html

Gerson M.

- Eine Krebstherapie – 50 Fälle. AKSE-Verlag, 2. Aufl. 2016

Gerz W.

- Bio-logische Präparate für Diagnose u. Therapie in der naturheilkundlichen Praxis. 3. Aufl. 2002
- Lehrbuch der AK in der naturheilkundlichen Praxis. 2. Aufl. 2001
- Vitamin B6 in der Allgemeinpraxis.
Alle bei: AKSE-Verlag, Wörthsee. www.akse.de

Hoffer A.

- Healing Schizophrenia – Complementary Vitamin & Drug Treatments. CCNM Press, 2nd printing, 2007
- Adventures in Psychiatry. KOS Publ., 2005
- Hoffer's Home Page – The Schizophrenias. www.orthomolecularvitamincentre.com/a_hoffer_schizophrenia.php
- Hoffer A et al. Niacin: The Real Story. www.doctoryourself.com/niacinreviews.html

Kapuste H.

- Vitamin B3: Niacin oder Niacinamid. In: Anregungen No. 7; www.kloesterl-infoportal.de/Mikronaehrstoffe/Aktuelles_Thema/Vitamin-B3-in-der-orthomolekularen-Medizin/Vitamin_B3_ein_Klassiker.php

Kaufman W. The Common Form of Joint Dysfunction. 1949. www.doctoryourself.com/kaufman6.html

Pfeiffer CC.

- Mental and Elemental Nutrients. Keats Publ., 1975
- Nährstoff-Therapie bei psychischen Störungen. Haug Verlag, 4. Aufl., 1993

Wikipedia

- Niacin englisch und deutsch
- Nicotinamide englisch
- Pellagra – englisch und deutsch

Williams R.J.

- Nutrition Against Disease, p. 156 ff. Bantam Books, 10th printing, 1981.
- https://en.wikipedia.org/wiki/Roger_J._Williams

Wright J.V.

- Dr. Wright's Book of Nutritional Therapy, p. 59-69. Rodale Press, 1979