

M 5973 E

6. Jahrgang
Nr. 4
April 1988
Einzelpreis
9,50 DM
ISSN 0177-8617

Heilpraxis *Magazin*



Erkrankungen des
Bewegungsapparates

Naturheilkunde
in Amerika



Ein Großteil der Patienten einer Naturheilpraxis sucht uns wegen verschiedener Erkrankungen des Bewegungsapparates auf. Hier werden wir häufig mit der vom Patienten mitgebrachten ‚Diagnose‘ Rheuma konfrontiert. Dieser Oberbegriff aller möglichen Erkrankungsbilder ist als Summationsbegriff der Beschwerden des Patienten aufzufassen und verpflichtet uns vorab zu einer sorgfältigen anamnестischen und körperlichen Untersuchung des Patienten in seiner Gesamtheit unter besonderer Berücksichtigung der körperlichen Untersuchung des Muskel- und Skelettsystems.

Die allgemeine Untersuchung des Patienten wird hier vorausgesetzt, die Kriterien der speziellen Untersuchungen bezüglich des Bewegungsapparates nachstehend noch einmal rekapituliert.

Am Anfang steht die Inspektion des schmerzenden Areals. Sie gibt uns – im Seitenvergleich mit der nicht betroffenen anderen Körperhälfte – Aufschluß über abnorme Schwellung oder Rötung sowie andere strukturelle Veränderungen.

Die nachfolgende Palpation informiert uns über thermische Differenzen sowie über die Konsistenz des Gewebes. Die unter Bewegung palpable Crepitation deutet auf ein intraartikuläres Geschehen oder eine Beteiligung der dem Gelenk benachbarten Sehnen hin. Schwellungen sind sorgfältig durchzupalpieren. Hierbei ist darauf zu achten, inwieweit auch periartikuläres Gewebe in die Schwellung mit einbezogen ist, ob die Schwellung knöchernen Ursprungs ist oder von Flüssigkeit verursacht wird. Sind Empfindlichkeit oder Schwellung nur auf Teile des Gelenk-



Naturheilkundliche Behandlungsmöglichkeiten bei einigen häufigen Erkrankungen des Bewegungsapparates

von Hp Wolf R. Dammrich

bereiches beschränkt, so ist an eine Schmerzprojektion aus dem Bereich benachbarter Ligamente, Sehnen oder Schleimbeutel zu denken.

Die Bestimmung der Bewegungsfähigkeit und des Bewegungsradius sind jeweils aktiv und passiv durchzuführen und zur Dokumentation und Verlaufskontrolle in Meßwerten anzugeben. Idealerweise bedient man sich hierzu eines Goniometers, das den Bewegungsradius in Grad (°) anzeigt.

Chronische Polyarthrititis

Die chronische Polyarthrititis (cP) ist eine chronisch-entzündliche progrediente Erkrankung, die meist schleichend und uncharakteristisch beginnt: rasche Ermüdbarkeit, Inappetenz, Gewichtsverluste, Digitus mortuus, Gelenksbeschwerden in kaltem Wasser, subfebrile Temperaturen, Neigung zu profusen Schweißen, Anämie, spontane Gelenkergüsse mit schneller Resorption sowie häufig wiederkehrende

Beschwerden vor allem an den kleinen Gelenken deuten schon frühzeitig, z.T. Jahre vor dem Ausbruch der Erkrankung, auf eine systemische Erkrankung hin. Unter Berücksichtigung der familiären Häufung der cP und mit dem Wissen, daß das Alter der Erstmanifestation bei Frauen um das 55., bei Männern um das 30. Lebensjahr liegt, gelingt es bisweilen dem Aufmerksamen, die Erkrankung bereits in diesem frühesten Stadium laborchemisch nachzuweisen und durch eine entsprechende Therapie den Ausbruch des Vollbildes zu verhindern.

Im weiteren Verlauf kommt es zu einer ausgeprägten Morgensteifigkeit (z.T. länger als 15–30 min anhaltend) vor allem der kleinen Gelenke. Das symmetrische Auftreten der Gelenkmanifestationen ist pathognomonisch. Diese spielen sich in der Mehrzahl der Fälle an den kleinen Gelenken der Hände und Füße, den Handgelenken, Ellenbogen und Knöcheln ab, können aber an jedem Gelenk auftreten. Häufig

führt erst der abrupte Beginn mit oft simultaner Entzündung an mehreren Gelenken den Patienten in die Praxis. Die Schmerzsymptomatik an den z. Z. entzündeten Gelenken ist der charakteristischste Befund. Die durch Schmerz bedingte Bewegungseinschränkung führt bald zu Versteifungen und Stabilitätsverlusten an den Gelenken. Atrophien ansetzender Muskeln schließen sich an und werden meist zuerst im Bereich des Handrücken oder des Oberschenkels beobachtet. Sehnen und Sehnenscheiden sind häufig mitbeteiligt und zeigen mit der Zeit typische Beugekontrakturen, die als Deformität imponieren und den Patienten auch psychisch erheblich belasten. In späteren Stadien finden sich häufig subkutane rheumatische Knötchen, deren Biopsie bei der Differentialdiagnose ausschlaggebend sein kann.

Als Zeichen des allgemeinen Charakters der Erkrankung können sich Organmanifestationen außerhalb des Ge-

lenkbereiches abspielen: Arteriitis, Myocarditis und Pericarditis werden häufig als Begleiterscheinungen beobachtet, Pleura- und Pericardergüsse kommen ebenfalls vor. Bei schweren chronischen Verläufen kann es zu Amyloidosen der Nieren und des Darmes kommen.

Labordiagnostisch finden sich, wie bei vielen chronischen Erkrankungen, in ca. 80% der Fälle eine normochrome oder leicht hypochrome, normozytäre Anämie bei unverhältnismäßig niedrigem Eisenwert und Erhöhung des Kupferspiegels. Die Blutsenkung ist in 90% der Fälle deutlich beschleunigt. Antikörper gegen verändertes Gammaglobulin (sog. Rheumafaktor) sind in 70% der Fälle nachweisbar, wobei ein hoher RF-Titer auf eine schlechte Prognose hindeutet und oft mit progressivem Krankheitsverlauf verbunden ist.

In der trüben, sterilen Synovialflüssigkeit finden sich zwischen 2000 und 50000 Leukozyten/mm³. In der akuten

Abb. 1 Chronische Polyarthrit



Phase herrschen hierbei polymorph-kernige Zellen vor. Im Gegensatz zur Gicht finden sich keine Kristalle.

Röntgenologisch findet sich in der ersten Phase nur eine Weichteilschwellung, die aber ca. nach einem Jahr von periartikulären Osteoporosen, Verschmälerungen der Gelenkspalte und subchondralen Erosionen gefolgt ist. Die röntgenologischen Veränderungen stehen nicht in klarer Relation zum klinischen Bild oder den Beschwerden des Patienten.

Die **Ätiologie** ist bis heute ungeklärt, aus der **Pathogenese** kann man jedoch darauf schließen, daß außer der offensichtlich genetischen Disposition die Bildung von Autoantikörpern eine entscheidende Rolle zu spielen scheint. Auch wird diskutiert, inwieweit hier Viren eine auslösende Funktion ausüben.

Die naturheilkundliche Therapie wird die **Ausschaltung von Störfeldern** an den Anfang der Behandlung stellen: Zähne, Nasennebenhöhlen, Tonsillen, Verdauungstrakt und Urogenitalsystem sind auf Beherdungen hin zu untersuchen. Die uns hier zur Verfügung stehenden Verfahren lassen breiten Spielraum. Provokationstest, neuraltherapeutische Störfeldsuche, EAP nach VOLL oder Thermoregulationsdiagnostik verschaffen uns die erforderlichen Möglichkeiten. Die so gefundenen Foci sind unbedingt – zur Not auch operativ – zu sanieren. Neuraltherapie, Symbioselenkung und anti-phlogistische Therapie sind hier u. a. in Erwägung zu ziehen.

Hieran ist eine **Umstimmungstherapie** anzuschließen, für die sich – unter dem Aspekt der vermuteten Autoaggressionserkrankung – die Eigenbluttherapie förmlich aufdrängt. Ob man hierbei das klassische Verfahren nach ASCHNER oder die modifizierten Varianten nach HÖVELER oder THEURER bevorzugt, ist dabei nicht ausschlaggebend. Wichtiger ist die lang-

sam steigende Menge des verwendeten Blutes von anfänglich 0,2 bis schließlich 3,0 ml Blut pro Sitzung. Hierbei ist die Verträglichkeit der Injektionen sicherer Parameter. Der Zusatz passender homöopathischer Injektionslösungen (s. u.) oder Komplexmittel (Juv 110 Phönix, Rhus tox. oplx., Berberis oplx., Arthrose cpl.) ist häufig hilfreich. Bei plethorischen Patienten sollte auch ein Aderlaß in Erwägung gezogen werden. Auch an eine medikamentöse Umstimmung, z. B. mit Elpimed, ist zu denken. Häufigkeit und Dosierung der Injektionen sind dem jeweiligen Zustand des Patienten stets anzupassen. Häufig sind Injektionsserien von bis zu 50 Sitzungen erforderlich.

Ebenfalls einen **immunologischen Ansatz** verfolgt die Anwendung von Thymuspräparaten und Organpräparaten aus den Peyer'schen Plaques (PPX nach Dr. Zoubek). Hier sind die Anwendungshinweise der Präparatehersteller zu befolgen.

Eine vegetarische **Ernährung**, mindestens aber eine Umstellung auf lakto-vegetabile Kost, gehört nach Ansicht der meisten Naturheilkundler obligatorisch zur Therapie rheumatischer Erkrankungen.

Die **Bewegungstherapie** ist wichtiger Faktor der Therapie. Nur sie ist es, die durch ständige, konsequente Übung eine progrediente Gelenkversteifung mit ihren schwerwiegenden Folgen verhindern kann. Das hierzu individuell erforderliche Übungsprogramm läßt man tunlichst von einer erfahrenen Krankengymnastin ausarbeiten und mit dem Patienten einüben. Bei der Konsultation sollte man sich die Übungen vom Patienten zeigen lassen und ihn jedesmal ermahnen, sie zuhause regelmäßig zu machen.

Ultraschalltherapie über den Wirbelsäulenabschnitten und anschließend über den betroffenen peripheren Gelenken wirkt analgesierend und lokal stoffwechselverbessernd.

Die KNEIPP'sche **Hydrotherapie** ist, dem Reaktionszustand des Patienten angepaßt, wertvolles Adjuvans, wenn man sich exakt an die Richtlinien dieser Therapieform hält.

Balneotherapeutisch kommen fst ausschließlich salizylsäurehaltige Präparate zur Anwendung, z. T. recht erfolgreich in Kombination mit Moorbestandteilen. Nach den Bädern hat der Patient warm eingehüllt eine Ruhezeit von mindestens einer halben Stunde einzuhalten.

Die Palette **homöopathischer Komplex- und Einzelmittel** ist reichhaltig. Letztere müssen individuell eingesetzt werden. Besondere Berücksichtigung verdienen hier (in alphabetischer Reihenfolge) Acidum benzoicum D 3, Bryonia D 6–12, Dulcamara D 4–12, Ledum D 6, Lycopodium D 6–12, Mercuriuspräparate, Rhus toxicodendron D 6–12, Spiraea ulmaria D 4, Thuja D 12. Als Komplexmittel empfehlen sich allen voran Araniforce (Vogel & Weber) und Phönix Hydrargyrum II/027 A.

Die Notwendigkeit der **psychologischen Führung** des Patienten ergibt sich aus dem jeweiligen Grad der z der cP resultierenden Behinderung, die stets auch mit Vereinsamung verbunden sein dürfte. Der Patient muß also möglichst frühzeitig sich mit seiner Krankheit auseinandersetzen, lernen mit ihr zu leben. Seine Angst wird sich häufig auf befürchtete Schübe richten, auf berufliche Leistungseinbußen, auf das Ausgeschlossensein von gesellschaftlichen Ereignissen, und wenn es „nur“ auf Hemmungen wegen deformierter Gelenke beruht. All diese Probleme sollten mit dem Patienten regelmäßig durchgesprochen und ihm Lösungswege aufgezeigt werden.

Morbus Bechterew

Ebenfalls von chronisch-entzündlichem Charakter ist die Spondylitis ankylosans. Hierbei kommt es unter pro-

gradientem Verlauf zu entzündungsbedingten Versteifungen im Bereich der Wirbelsäule, der Iliosakralgelenke sowie eventuell weiterer, meist großer, rumpfnaher Gelenke.

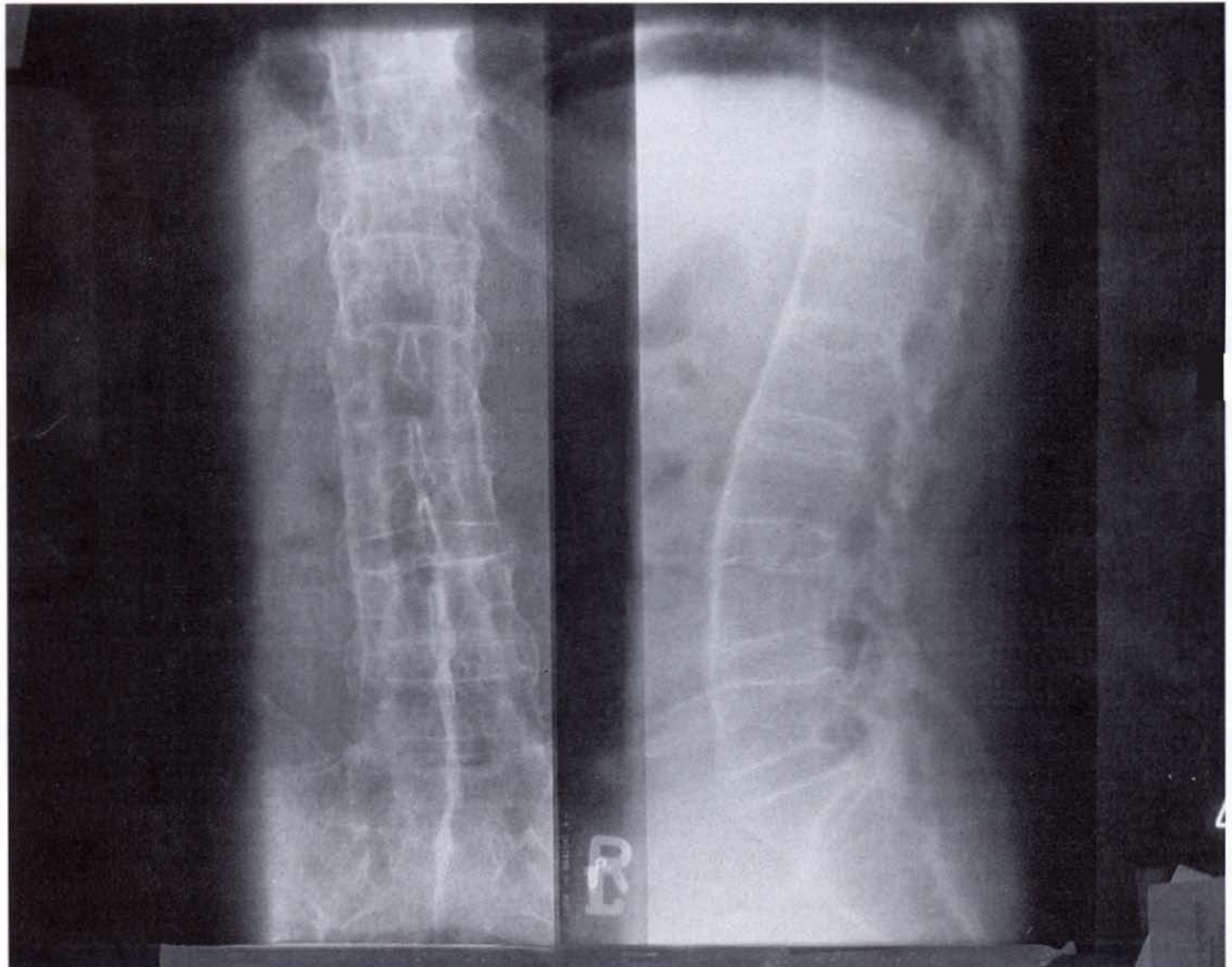
Der Beginn der Erkrankung ist in der Regel schleichend. Wandernde Rückenschmerzen, meist in den unteren Bereichen, z.T. mit einer ischialgiformen Symptomatik ohne neurologische Ausfälle sowie Achillodynie und Fersenschmerz sind häufig einzige Frühzeichen der Erkrankung, die mit hereditärer Häufung fast ausschließlich Männer unter 30 Jahren befällt. Mor-

gendliche Rückensteifigkeit, Ausstrahlen der Rückenschmerzen in höhere Segmente, Mattigkeit, leichte Anämie und Muskelsteifigkeit deuten ein Fortschreiten der Erkrankung an. Bei langdauernden Krankheitsverläufen kann es auf vertebrogenen Basis zu Iritis, Neuralgien und Herzbeteiligung i. S. einer Rhythmusstörung oder klap-pennaher Mesoarthritis mit nachfolgender Aorteninsuffizienz kommen. In fortgeschrittenem Stadium führt Überbrückung und Verknöcherung der Gelenke zu charakteristischer Versteifung in Beugestellung. Das Übergreifen auf die Kostovertebralgelenke führt zur

Einschränkung der Atemexkursion mit respiratorischer und schließlich auch kardialer Insuffizienz (Cor pulmonale).

Im **Labor** finden sich nur geringgradige Veränderungen. Leichte hypochrome Anämie, subakut-entzündliche Konstellation der Serumelektrophorese, fehlende ASL-O-Titer und Rheumafaktoren sind üblich. Die BSG ist – wenn überhaupt – nur mäßig erhöht. Der genetischen Disposition wegen findet sich häufig HLA-B27-Antigen, dessen frühzeitiger Nachweis bei jugendlichen mit entsprechenden Be-

Abb. 2 Morbus Bechterew





schwerden eine prophylaktische Behandlung nahelegen kann.

Das **Röntgenbild** zeigt schon in frühem Stadium eine erodierende Auflösung vor allem der iliakalen Knochenränder der Iliosakralgelenke. Eine fleckförmige Sklerose ist auf beiden Seiten zu erkennen. In späterem Stadium sind ähnliche Veränderungen u. U. auch in anderen rumpfnahen Gelenken zu finden. Kalzifizierung im Bandapparat der LWS, später auch weiterer Wirbel-

ilenabschnitte, Bildung von Syndesmophyten, Demineralisation der Wirbelkörper mit deren rechteckiger Verformung sowie Ausbildung der „Bambusrohr-Wirbelsäule“ zeigen sich erst nach langen Krankheitsverläufen.

Die **Ätiologie** der Erkrankung ist bis heute ungeklärt. Ein autoimmunologisches Geschehen muß berücksichtigt werden. Die relativ häufige Kombination mit Psoriasis, Morbus Crohn und Colitis ulcerosa legt dies nahe.

Ist es zu einer Ankylosierung noch nicht gekommen, so versprechen **ausleitende Verfahren**, über den betroffenen Regionen angewandt, einigen Erfolg. Zu denken ist hier an blutiges und unblutiges Schröpfen, die intermittierende Anwendung von Cantharidenpflastern, die unter Einhaltung mehrtägiger Pausen von Wirbel zu Wirbel verlegt werden müssen sowie vor allem an die beidseitige paravertebrale Baunscheidtierung, die oft sehr erfolgversprechend verläuft. Bei Plethorikern empfiehlt sich zusätzlich der Aderlaß, bei adipösen Patienten Purgation nach oben oder unten mit anschließendem Heilfasten.

Theurer rät zur modifizierten **Eigenblutbehandlung** (Gegensensibilisierung) in Verbindung mit Organpräparaten der an der Erkrankung beteiligten Gewebe.

Neuraltherapeutisch sind Injektionen an die Schmerzpunkte sowie an die

entzündlich veränderten Gelenke empfehlenswert zur Schmerzausschaltung. Eine Störfeldsuche ist immer sinnvoll.

Der Schwerpunkt der Behandlung jedoch hat auf **krankengymnastischen Übungen** zu liegen, die dem Zweck dienen, die Beweglichkeit der Gelenke möglichst zu erhalten. Ein hierzu erforderliches Behandlungsprogramm sollte von einer Fachkraft aufgestellt werden.

Hydrotherapeutisch ist regelmäßiger Saunabesuch mit anschließender Wickelbehandlung oder Heublumensack-Auflagen zur Ausleitung anzuraten. Auch an Unterwassermassagen, Bewegungsbäder, Segment- und Periostsowie Bindegewebsmassagen ist zu denken. Schwimmen (außer Brustschwimmen) und Ballspiele sind dringend zu empfehlen. Das dem Erkrankungsstadium und den Neigungen des Patienten anzupassende Übungsprogramm ist täglich mindestens 2 × für eine halbe Stunde durchzuführen.

Homöotherapeutisch ist vor allem an den Einsatz des passenden Konstitutionsmittels zu denken, das in Potenzen ab D 12 anzuwenden ist. Im Stadium eines akut entzündlichen Schubes kommen die klassischen Entzündungsmittel zur Anwendung.

Die lokale Applikation von Plenosol nach speziellem Therapieschema des Herstellers hat sich oft bewährt.

Bursitis

Die entzündliche Erkrankung der meist gelenknahen Schleimbeutel neigt zur Chronifizierung, wenn sie nicht ausreichend behandelt wird. Meist ist die Erkrankung durch mechanische Überbelastung verursacht (Bergmanns-Ellbogen, Putzfrauen-Knie). Aber auch eine infektiöse Form ist bekannt, die entweder durch pyogene Keime oder durch Tuberkuloseerreger hervorgerufen wird. Auch das

Übergreifen von Arthritiden oder Gicht auf gelenknahe Bursae ist beobachtet worden.

Symptomatologisch ist die Bursitis durch die Trias „Schmerz, lokale Empfindlichkeit, Bewegungseinschränkung“ gekennzeichnet. Bei oberflächlicher Lage des betroffenen Schleimbeutels sind häufig eine Rötung der Haut und lokale Schwellung zu beobachten.

Differentialdiagnostisch sind Rupturen gelenknaher Sehnen und Muskeln ebenso auszuschließen wie Phlegmone, Osteomyelitis und Tuberkulose. Auf eine mögliche Beteiligung des benachbarten Gelenkes ist zu achten. Bei chronischen Bursitiden sind röntgenologisch Kalkeinlagerungen auszuschließen.

Therapeutisch ist bei akuter Bursitis vor allen Dingen der lokale Einsatz von Blutegeln angezeigt, auch kleine Cantharidenpflaster im Randbereich der Entzündung haben gute Wirkung gebracht.

Neuraltherapeutische Injektionen von maximal 0,5–1,0 ml Medikament intrabursal haben sich oft bewährt.

Hydrotherapeutisch ist im akuten Stadium die Anwendung von Eisaufgaben gut schmerzlindernd und antiphlogistisch. Im chronischen Zustand empfiehlt sich die Anwendung von Moor- und Fangopackungen sowie Schwefelteilbädern mit der Zielsetzung der Resorptionsförderung.

Bewegungstherapeutisch ist nach dem Abklingen der akuten Phase unverzüglich mit aktiven Bewegungsübungen bis an die Schmerzgrenze zu beginnen. Nur im akuten Stadium der Erkrankung ist eine vorübergehende Ruhigstellung zu empfehlen.

Homöotherapeutisch ist in der Akutphase an den Einsatz von Apis und Bryonia zu denken, am besten in Ver-



bindung mit Silicea, das stark resorptionsfördernd wirkt. Auch Sticta pulmonaria, Acidum benzoicum und Arsenicum iodatum sind in Betracht zu ziehen. Alle Mittel sind meist in tiefen Potenzen indiziert.

Über Nacht ist das Anlegen eines Kytta-Plasmas empfehlenswert.

Tendopathien

Tendosynovitis und Tendinitis treten fast ausschließlich gemeinsam auf. Meist findet sich der Ort maximaler Entzündung in der Sehnenscheide, wobei die eingeschlossene Sehne sekundär mitentzündet ist.

Eine sichtbare Schwellung ist meist nicht vorhanden. Stattdessen steht der lokale Schmerz mit unterschiedlich starker Ausstrahlung entlang der betroffenen Strukturen fast immer im Vordergrund. Die Bewegung des nächsten Gelenkes ist deutlich eingeschränkt, und manchmal läßt sich die vom Patienten empfundene Crepitation auch auskultatorisch nachweisen. Dies deutet unter Umständen bei chronischen Tendopathien auf eine ablaufende Kalzifizierung der Sehne und ihrer Sehnenscheide hin.

Die **Ätiologie** ist nicht bekannt. Häufig ist Überbelastung als Auslöser zu vermuten, insbesondere bei berufstypischem Auftreten. Ein gehäuftes Auftreten bei rheumatischer Arthritis, Gicht, Morbus Reiter und Hyperlipoproteinämie legt den Verdacht einer systemischen Grunderkrankung als Basis nahe.

In der **Therapie** stehen im akuten Stadium die Ruhigstellung und **neuraltherapeutische** Injektionen in das Lumen der Sehnenscheide im Vordergrund, begleitet von antiphlogistischen Anwendungen, vergleichbar denen bei Bursitis.

Die **Homöotherapie** setzt erfolgreich

Apis, Bryonia, Ruta und Symphytum in niedrigen Potenzen ein.

Dupuytren'sche Kontraktur

Meist bei männlichen Patienten über 40 Jahre tritt diese Erkrankung auf, die sich durch eine fibröse Veränderung der Palmarfaszie eines oder mehrerer Finger auszeichnet.

Ausgehend von einer schmerzlosen, aber tast- oder sichtbaren Veränderung der betroffenen Faszie, entwickelt sich diese über einen mehr oder minder langen Zeitraum zu einer derben, strickartigen Struktur, an der die Haut verbackt. Es kommt hierbei zu einer Beugekontraktur des der Faszie zugeordneten Fingers, dessen Streckung im fortgeschrittenen Stadium unmöglich wird.

Die **Ätiologie** ist unbekannt. Es ist aber davon auszugehen, daß dieses Krankheitsbild Ausdruck einer systemischen Erkrankung ist, da ein vermehrtes Auftreten bei Lebererkrankungen, Lungentuberkulose, Diabetes mellitus und Epilepsie statistisch signifikant ist.

Neuraltherapeutische Injektion kleiner Mengen eines Neuraltherapeutikums in die Faszie sowie Infiltration der Umgebung sind ein- bis zweimal wöchentlich erforderlich, um das Fortschreiten der Erkrankung aufzuhalten.

Lokal empfiehlt sich die mit Massage verbundene Einreibung mit Aristolochia Ungt. (DHU). Die **Homöopathie** rät zu Verwendung von Barium carbonicum, Hekla lava, Guajacum, Abrotanum und Silicea. Das passende Mittel ist nach Repertorisation in niedriger Potenz einzusetzen.

Eine Mitbehandlung eines evtl. vorhandenen Grunderleidens (s.o.) ist unverzichtbar.

Epicondylitis humeri lateralis

Der Tennis-Ellenbogen ist das Resultat einer Zerrung der radialen Unterarmmuskulatur im Bereich ihres Ursprungs.

Ein neben dem lateralen Epicondylus auslösbarer punktförmiger Druckschmerz ist ebenso charakteristisch wie die Ausstrahlung des Schmerzes zur Vorder- und Außenseite des Armes mit Verstärkung durch Dorsalflexion und Supination des Handgelenks gegen einen Widerstand oder unter Last.

Neuraltherapeutische Injektion von 1–2 ml eines geeigneten Präparates an das punctum maximum sind das Mittel der Wahl. Auch kleinflächige Baunscheidtierung oder Applikation kleiner Cantharidenpflaster sind zu empfehlen.

Ebenfalls hilfreich ist das straffe Anlegen einer mindestens 10 cm breiten elastischen Binde knapp unterhalb des Ellenbogens, was quasi den Muskelansatz verlegt und die erkrankte Stelle so entlastet.

Homöopathisch haben sich Arnica, Ruta und Hypericum (alle D 4) Wechsel bewährt.

Arthrose

Die Arthrose ist der degenerationsbedingte Verlust von Gelenkknorpelsubstanz mit Verunstaltung des Gelenkkörpers durch die Bildung osteophytärer Wucherungen im Gelenkbereich.

Schmerzen an einem oder einigen wenigen Gelenken sind in der Regel das erste Krankheitszeichen. Häufig findet sich auch bereits in diesem Stadium eine kurzdauernde Steifigkeit nach Inaktivität. Mit fortschreitender Erkrankung kommt es zu Crepitation und Einschränkung der Gelenkbeweglichkeit durch Schmerz sowie auch mechanisch durch Wucherungen des Knorpels innerhalb der Gelenkkapsel.



Abb. 3 Arthrose

Eine durch die mechanische Irritation bedingte entzündliche Beteiligung der Synovia findet sich stets.

Je nach den am Krankheitsgeschehen beteiligten Gelenken variiert das klinische Bild. Oft kommt es zu schmerzhafter Vergrößerung der terminalen Interphalangealgelenke (Herberden'sche Knoten) und Bildung gelatinoöser Zysten. Auch die proximalen

Gelenke können betroffen sein. Findet sich die Arthrose am Kniegelenk, kommt es zu Schmerz, Schwellung und Instabilität. Spielt sich die Erkrankung am Hüftgelenk ab, strahlt der Schmerz häufig bis ins Knie aus. Eine weitere Prädispositionsstelle sind die kleinen Gelenke der Wirbelsäule, vor allem im Bereich der HWS und LWS, wo maximale Bewegungen ablaufen. Hier kommt es durch Ablagerung von Cal-

ciumphosphat und -apatitkristallen sowie durch Osteophytenbildung zur Kompression radikulärer neurologischer Strukturen und den daraus resultierenden Symptomen. Im Bereich der HWS stellt die Kompression der zum Hirn führenden Gefäße eine häufige und gefährliche Komplikation dar.

Differentialdiagnostisch ist vor allem die Abgrenzung gegenüber der Arthritis erforderlich:

Es ist darauf zu achten, daß auch für neurologische Erkrankungen durch eine Arthrose der Wirbelsäulengelenke vorgetäuscht werden können.

Labordiagnostisch findet sich eine normale oder leicht erhöhte BSG oft als einziger Befund. Die für die Arthritis typische Anämie und Leukozytose fehlen. Die Rheumafaktoren sind negativ.

Röntgendiagnostisch zeigen sich eine deutliche Verschmälerung des Gelenkspaltes, osteophytäre Wucherungen sowie Knochenzysten und eine subchondrale Knochensklerose.

Die **Ätiologie** der Erkrankung ist dato unbekannt. Eine Blockierung enzymatischer Aktivitäten ist jedoch als vermutliche Grundlage immer wieder diskutiert worden. Auch liegt es nahe, eine genetische Disposition zu vermuten. Eine Beteiligung des Endokrinums ist wahrscheinlich, da die Arthrose bei ihrem Auftreten vor dem 45. Lebensjahr fast immer Männer befällt, danach (Klimakterium?!) überwiegend Frauen.

Sicher ist, daß das Mißverhältnis zwischen Knorpelneubildung und -degeneration über den Verlauf der Erkrankung beim einzelnen Patienten entscheidet.

Bei der **Therapie** steht im Vordergrund eine **diätetische** Basisbehandlung mit der Zielsetzung, den Patienten im Be-



reich des Idealgewichts zu halten, da jegliches Übergewicht zwangsläufig zu einem vermehrten Abbau von Gelenksubstanz durch vermehrte Belastung führt. Dementsprechend ist der Patient umgehend auf eine stoffwechsel-fördernde Diät zu setzen.

Lokal verbessert die Anwendung von Heublumensäcken, ätherischen Ölen und salizylsäurehaltigen Präparaten die Durchblutungssituation und damit die Chance einer Knorpelsynthese. Eine nach Aschner durchgeführte **Umstimmungstherapie**, vor allem mit Viscum-Präparaten, lokalen Anwendungen von Vesicantien und Pustulantien sowie Schlangenreintoxinen hat sich in der Behandlung der Arthrose als unverzichtbar erwiesen.

Auch die **Balneotherapie** mit stoffwechselanregenden Schwefel- bzw. Schwefel-Moor- oder Stanger-Bädern unterstützt durch ihre systemische Stoffwechselwirkung die Therapie.

Die **neuraltherapeutische** Injektion in oder an betroffene Gelenke sowie an periartikuläre Schmerzpunkte, trägt sowohl zur Schmerzfremheit des Patienten, als auch zur Verbesserung der lokalen Stoffwechsellaage bei.

Gezielte **chirotherapeutische** Eingriffe dienen der Behebung von Gelenkblo-kaden bei Arthrosis deformans. Besonders bei älteren Patientinnen ist hier eine eventuell vorhandene Osteoporose zu berücksichtigen.

Diese muß auch gegebenenfalls bei der **oralen** Therapie beachtet werden. Ansonsten empfiehlt sich die interne Verabreichung von Araniforce Trpf., Phö-nix-Arthrophön oder ähnlichen Kom-plexmitteln.

Homöotherapeutisch ist vorrangig der Einsatz von Konstitutionsmitteln (oft Causticum, Phosphor, Dulcamara oder Medorrhinum) in D 12 oder hö-her sinnvoll, unterstützt durch eine organspezifische Medikation, die sich aus der lege artis durchgeführten Re-pertorisation ergibt. Die Verwendung von **Organpräparaten** (Articulatio, Bindegewebe, Bursa, Cartilago, Disci, Synovia u.ä.) ist in den meisten Fällen hilfreich. Überaus wichtig ist die **Bewegungstherapie**, die mit der Ziel-

Abb. 4 Morbus Sudeck





setzung durchzuführen ist, die Versteifung der betroffenen Gelenke zu vermeiden. Hierzu gehören Zug und Vibration zur Lockerung genauso wie beispielsweise das passive und aktive Durchbewegen des Gelenkes bis an seine Schmerzgrenze, jedoch nicht darüber hinaus. Alle streng isometrischen Sportarten sind dem Patienten zu empfehlen. **Massage** unterstützt hier und vor der Chirotherapie durch Entspannung der schmerzbedingt verkrampften Muskulatur.

Morbus Sudeck

Fast ausschließlich posttraumatisch ist die Sudeck'sche Dystrophie zu beobachten, die zumindest im fortgeschrittenen Stadium nach wie vor als incurabel gilt.

Nach auslösendem Trauma kommt es im Stadium 1 der Erkrankung zu einer lokalen Entzündung, die sich durch Spontan-, Bewegungs- und Belastungsschmerz auszeichnet. Diese Phase wird oft mit der physiologischen Heilreaktion verwechselt, wenn die livide Färbung des betroffenen Bereichs nicht rechtzeitig zur Verdachtsdiagnose führt.

Unbehandelt geht die Erkrankung in das Stadium 2 über, der Bewegungs- und Belastungsschmerz verstärken sich, während der abnehmende Spontanschmerz eine Heilung vortäuscht. Jetzt ist die Haut des betroffenen Areals glänzend und kalt.

Der Übergang in das Stadium 3 ist fließend: Eine zyanotisch-atrophische Haut weist bereits an der Oberfläche auf den chronisch-atrophischen Charakter des Geschehens hin, das erkrankte Gebiet fühlt sich eiskalt an, bei nachlassender Schmerzsymptomatik kommt es zu bleibenden Defekten, z.B. zu Gelenkversteifungen.

Im **Röntgenbild** findet sich im Stadium 2 eine fleckige Osteoporose, die sich

im Endzustand als komplette Entkalkung des Knochens i.S. eines „Glas-knochens“ darstellt.

An die Gefahr der Spontanfraktur ist hier stets zu denken.

Ätiologisch ist ein multifaktorielles Geschehen zu vermuten, bei dem Bezüge zum Endokrinum (fast alle Erkrankten sind weiblich) und eine vegetativ-dystone Reaktionslage die ausschlaggebende Rolle zu spielen scheinen.

Auf dieser Basis kommt es, vermutlich durch eine überschießende sympathikotone Reaktion am arteriellen Kapillarschenkel, zu einer deutlichen Unterversorgung der Knochen bei regelrecht verlaufenden Abbauprozessen und damit zu einer sukzessiven Entkalkung.

Therapeutisch empfiehlt sich vorrangig die **Fußreflexzonentherapie** wegen ihrer stark parasympathikomimetischen Wirkung. Spielt sich die Erkrankung an einer unteren Extremität ab, so ist die Behandlung ausschließlich konsensuell durchzuführen, da sich alle physiotherapeutischen Manipulationen im erkrankten Bereich wegen der Gefahr der Verschlechterung der Symptomatik a priori verbieten.

Die evtl. für die vegetative Reaktionslage verantwortliche Kompression von Rückenmarkssubstanz im Bereich der HWS ist unbedingt unter **chirotherapeutischen** Gesichtspunkten zu untersuchen und gegebenenfalls zu korrigieren.

Die **neuraltherapeutische** Blockade der proximalen Ganglien unterbindet die pathogene Gefäßreaktion im mikrozirkulatorischen System der erkrankten Region.

Entspannende **Massage** des gesamten Rückens sowie **KNEIPP'sche Anwendungen** am Integument stabilisieren die vegetative Reaktionslage des Patienten.

Innerlich empfiehlt sich die Verabreichung von dystoLoges, Sedaphin o.ä. Präparaten.

Homöotherapeutisch ist der Einsatz des Konstitutionsmittels obligat, an Hypericum, Ignatia, Cimicifuga, im akuten Stadium auch Lachesis, ist zu denken.

Bewegungstherapeutisch ist eine Ruhigstellung nur im Akutstadium anzuraten. Ansonsten ist der Patient zu möglichst häufiger aktiver Durchbewegung bis an die Schmerzgrenze anzuhalten. Die Überschreitung der Schmerzgrenze ist wegen der Wirkung nozizeptiver Reize auf die Mikrozirkulation unbedingt zu vermeiden.

Literatur:

- Dosch, P.: Lehrbuch der Neuraltherapie nach Huneke, Heidelberg 1978
- Emmerich, R. et al.: Diagnostisch-therapeutisches Vademecum, Leipzig 1972
- Eder, M./Tilscher, H.: Chirotherapie, Stuttgart 1988
- MSD Sharp & Dohme: MSD-Manual, München - Wien - Baltimore 1984
- Psyhyrembel, W.: Klinisches Wörterbuch, Berlin - New York 1986
- Cedip GmbH: consilium cedip Naturheilweise, München 1987
- © 1988 by Wolf R. Dammrich HP, Lütgendortmunder Hellweg 132, 4600 Dortmund 72

