



Heilpraxis *Magazin*

M 5973 E

9. Jahrgang
Nr. 11
November 1991
Einzelpreis
9,50 DM
ISSN 0177-8617

Systemische und

lokale Therapie

des Ulcus cruris

Hongkong-Reise



Ulcus cruris

Systemische und lokale Therapie einer Crux medicorum

von Hp Wolf R. Dammrich

Für den Betroffenen eine erhebliche Minderung der Lebensqualität und für den Therapeuten eine durch Rezidivierung oft schier unendliche Aufgabe stellt das Ulcus cruris dar.

Während die klassische Schulmedizin das Krankheitsbild fast ausschließlich als lokale Erscheinung begreift und deshalb auch meist nur nach lokalistischen Prinzipien behandelt, erschließen sich dem aufmerksamen Naturheilkundler aus seiner ganzheitlichen Sicht ganz andere Möglichkeiten, die aufzuzeigen hier versucht werden soll.

Zunächst einmal sei konstatiert, daß das Ulcus cruris stets Ausdruck einer chronischen örtlichen Durchblutungsstörung (DBS) ist. Insofern ist die schulmedizinische Sicht noch nachvollziehbar.

Jedoch sind die möglichen Ursachen dieser lokalen Störung so mannigfaltig, daß erst eine sorgfältige Abklärung der Ätiopathogenese zu einer Therapie führen kann, die ein nicht nur vorübergehendes Resultat erbringt. Diese Therapie wird fast immer zwangsläufig eine ganzheitliche sein müssen, da die rein lokale DBS als Ursache für ein Ulcus cruris ein vergleichsweise äußerst seltener Fall ist. Sie entsteht praktisch nur posttraumatisch durch Gewalteinwirkung, chemische oder thermische Verletzungen.

Systemische Therapie

Zur Durchführung einer erfolgreichen systemischen Therapie von *Ulcerum cruris* ist bezüglich der Art der Durchblutungsstörungen streng zu unterscheiden in eine arterielle, eine venöse und eine kombinierte arterio-venöse Form, die jeweils eine spezifische systemische Behandlung erfordern.

Arterielle Durchblutungsstörungen

Die arterielle DBS entsteht auf der Basis einer Arteriosklerose (kontinuierliche Abnahme des Gefäßlumens), durch Arteriitis (narbige Steno-

sierung) sowie aufgrund einer (Thrombo-)Embolie oder aber durch Diabetes mellitus (Mikroangiopathie) bzw. eine funktionelle Tonusstörung der Gefäßmuskulatur (Morbus Raynaud, *Digitus mortuus*).

Beschwerden des Patienten können sein: Kältegefühl in den Extremitäten, spontan reversibles belastungsbedingtes Auftreten von Schmerzsymptomen der Extremitätenmuskulatur, Schmerz bei Ruhelage oder Hochlagerung der Extremitäten, livide Verfärbung der Haut, gesteigerte Kälteempfindlichkeit, *Cutis marmorata*, Blässe und Taubheitsgefühl der Akren.

Der arterielle Notfall ist gekennzeichnet durch plötzlich einsetzenden starken Schmerz, blasse, kalte Haut und fehlenden Puls distal des Verschlusses.

Diagnostisch differenziert werden arterielle DBS durch Inspektion, vergleichende Prüfung der Hauttemperatur, Palpation und Auskultation der Arterienpulse, Blutdruckmessung, Messung der Gehstrecke bis zum Auftreten von Beschwerden, Faustschlußprobe und Lagerungsprobe nach *Ratschow* sowie durch vorwiegend apparative Verfahren wie Doppelsonografie, Oszillografie und Oszillometrie, Rheografie, Arteriografie und andere spezielle Röntgenuntersuchungen.

Labordiagnostisch beachtet werden sollten auf jeden Fall die BSG und der





Hämatokrit. Eine in regelmäßigen Abständen bei jedem Patienten durchgeführte mikroskopische Blutuntersuchung ermöglicht es, frühzeitig Anzeichen einer Erythrocytenaggregation aufzuspüren. Wer ein Mikroskop mit Dunkelfeldkondensator besitzt, wird natürlich eine Untersuchung nach *Enderlein* oder *Sklenar* hinzunehmen, die direkt in einen therapeutischen Ansatz mit hoher Erfolgsquote führt.

Therapeutisch bietet die Naturheilkunde zahlreiche Behandlungsmöglichkeiten, die in der Regel auch vorzügliche Resultate erzielen.

Allen therapeutischen Bemühungen vorangestellt werden muß unbedingt die Ausschaltung eventueller – oft vertebralear – Störfelder, die als muskuläre Verspannungen, als Ischialgie oder in Form von Myogelosen imponieren. Zu oft wird die Wirbelsäule als Entstehungsort distal gelegener Krankheitsbilder verkannt. Hier spielt auch die Statik des Bewegungsapparates (falsches Schuhwerk!) eine entscheidende Rolle, will man ursächlich therapieren. Aber auch Narben können als Störfelder wirken, Arthrosen über die mit ihnen verbundenen Schmerzreize zu einem Gefäßspasmus führen.

Einen bleibenden Heilerfolg zu erzielen, ist an die Beachtung all dieser möglicherweise auslösenden ‚Kleinigkeiten‘ gebunden.

Basierend auf der Tatsache einer unzureichenden Sauerstoffversorgung des Gewebes wird am Anfang der systemischen Therapie wohl stets eine Ozon-/Sauerstofftherapie oder Singulett-Sauerstofftherapie stehen, die in Form einer Hämatogenen Oxidationstherapie (HOT) oder Großen Eigenblutbehandlung (GEB) oder mittels subcutaner Injektionen verabreicht wird.

Unterstützend wirkt die Verabreichung von Kälberblut-Dialysaten als Infusion, Injektion oder auch peroral. Die-

se Präparate bewirken über ihren Gehalt an Aminosäure- und Nucleinsäurebausteinen sowie Peptiden eine Verbesserung der Sauerstoffutilisation und der Glucoseverwertung.

Zusätzlich hat der Patient selbst mehrmals täglich kleinere Spaziergänge durchzuführen, die jedoch, wegen der ungünstigen Auswirkung nozizeptiver Reize auf die Mikrozirkulation, die Schmerzgrenze keinesfalls überschreiten dürfen. Auf sorgfältige Fuß- bzw. Handpflege ist ebenso zu achten, wie auf passendes Schuhwerk. Krankengymnastisch eingeübte, hauptsächlich passive Bewegungsübungen sind regelmäßig durchzuführen, wobei darauf zu achten ist, daß diese den Sauerstoffverbrauch des erkrankten Gewebes nicht erhöhen. Insbesondere sind Kälte und Nässe zu vermeiden. Barfußgehen ist obsolet. Alles, was die Durchblutung mindert, ist zu meiden. Hierzu gehören auch enge Strümpfe oder Schuhe und das Sitzen mit übereinandergeschlagenen Beinen.

Sofern die arterielle DBS auf der Grundlage von Veränderungen der Blutviskosität entstanden ist, ist hier vorrangig Abhilfe zu schaffen. Geradezu überwältigende Resultate bringt zu diesem Zwecke die Isopathie nach *Enderlein*. Dieses Verfahren ermöglicht anhand der zuvor durchgeführten Dunkelfeldmikroskopie den gezielten Einsatz von *Utilin*^{®1}, *Mucokehl*^{®D72} und *Sankombi*^{®D53}. Aber auch wenn man über ein entsprechendes Mikroskop nicht verfügt, kann man diese Präparate nach einem Schema des Herstellers erfolgreich zum Wohle des Patienten einsetzen.

Bei plethorischen Patienten wird man selbstverständlich nicht auf einen Aderlaß verzichten, der jedoch keinesfalls im erkrankten Bereich durchgeführt werden darf.

Auch *Allium sativum* als Nahrungsbestandteil oder als Dragée ist hier stets indiziert. Die Akzeptanz des Patienten

CHANCEN FÜR IHRE PATIENTEN

Als Sanatorium für Naturheilverfahren verstehen wir uns als Ihr „verlängerter Arm“, wenn es um Gesundheit und Heilung im Sinne ganzheitlicher therapeutischer Maßnahmen geht. Unser gemeinsames Ziel ist der gesunde Mensch. Heute wollen wir unseren Weg zu diesem Ziel für Sie transparent werden lassen:

- Unser Kurprogramm ist ein Biogramm
- Unsere Grundhaltung ist optimistisch
- Wir haben Spaß am Leben, an Sport und Freizeit, an Aktivität und Vitalität
- Wir sorgen uns um objektive Auseinandersetzung auf allen Ebenen, die den Menschen und die Natur als geschlossenes Ganzes betreffen
- Deshalb ist unser Kurprogramm zeitgemäß und richtungweisend für eine natürliche und gesunde Lebensform
- Unser Angebot ist keinesfalls eine Alternative zu möglichen Lebensweisen, sondern die Entscheidung für eine natürliche und gesunde Zukunft
- Wir vertrauen in unser einheitliches Programm
- Wir verhalten uns transparent und aufgeschlossen, dynamisch auf Weiterentwicklung ausgerichtet
- Berührung statt Berührung Angst zu anderen zeit- und sinn- gemäßen Lebensformen kennzeichnet unsere Haltung
- Wir erstreben gesellschaftliche Anerkennung, um Entscheidungen im Sinne natürlicher Lebensformen zu beeinflussen.

Nun haben wir Ihnen unsere Grundhaltung „veröffentlicht“. Wenn Sie sich mit unserem Weg identifizieren können, dann sind wir es wert, in Ihre Verordnung einbezogen zu werden. Darüber hinaus bieten wir gerne die Möglichkeit zur fachbezogenen Informationsbeschaffung vorort. Besuchen Sie uns doch einfach auf Schloß Lindach (30 Autominuten von Stuttgart). Denn nichts fördert das Vertrauensverhältnis zu Ihrem Patienten mehr, als wenn Sie von persönlichen Eindrücken berichten können. Wir freuen uns auf Ihren Kontakt.



Sanatorium Schloß
Lindach GmbH
Schloßstraße
7070 Schw. Gmünd
-Lindach
Tel. 07171/71971

... DAMIT DER GANZE MENSCH GESUND IST



in bezug auf Knoblauch verbessert sich entscheidend, wenn man die Geruchskomponente durch gleichzeitige Verabreichung von Milch weitestgehend ausschaltet.

Auch die universitäre Medizin hat inzwischen die Bedeutung der Weidenrinde für die Hämorheologie erkannt. Jene kann in Form von – leider synthetisch hergestellter – Acetylsalizylsäure verabreicht werden, ist aber bedauerlicherweise für magenempfindliche Patienten nicht geeignet.

Arterielle DBS, die ihre Ursache in der Arteriosklerose haben, bedürfen einer sorgfältigen Einstellung der Blutfettwerte durch eine entsprechende Ernährungsumstellung auf eine an essentiellen Fettsäuren reiche Kost unter Vermeidung möglichst aller tierischen Fette mit Ausnahme von Fischöl. Zudem sollte die Nahrung einen hohen Anteil an biologisch einwandfreier Rohkost erhalten, um über den Ballaststoffanteil die Darmfunktion zu regulieren und darüber hinaus eine Versorgung mit Vitaminen sicherzustellen. Außerdem ist auf eine – nötigenfalls medikamentöse – Optimierung der Leistung der exkretorischen Verdauungsdrüsen zu achten. Alle diätetischen Maßnahmen erschöpfen sich jedoch nicht in der Ernährungsumstellung allein, sondern fassen erst dann richtig, wenn auch das dazugehörige adäquate Eßverhalten mit dem Patienten eingeübt wird: Nur dann zu essen, wenn ein Hungergefühl besteht; nur solange zu essen bis das Hungergefühl verschwunden ist, also manchmal nur wenige Bissen; und vor allen Dingen – sorgfältig zu kauen und die Nahrung so auf einen optimalen Verdauungsvorgang vorzubereiten. Nahrung sollte grundsätzlich erst dann geschluckt werden, wenn sie vollends breiig ist und keine festen Bestandteile mehr enthält.

Die regelmäßige Verarbeitung von Knoblauch unterstützt hier maßgeblich die Therapie und wird häufig einen

Einsatz von Medikamenten unnötig machen.

Besonders in der Anfangsphase der Arteriosklerose-Therapie wird jedoch häufig eine medikamentöse Therapie nicht zu umgehen sein. Hier empfiehlt sich vorrangig der Einsatz von Sedalipid^{®4} in Kombination mit Fischöl-Präparaten.

Neueste Erkenntnisse legen die Vermutung nahe, daß so manche Hyperlipidämie allein durch täglichen Genuß von etwa 40 g Fisch (am besten Makrele oder Hering) zu beherrschen ist.

Die Therapie der durch *Tonusstörungen der Gefäßmuskulatur* bedingten arteriellen DBS muß vorrangig die meist vegetativ labile Reaktionslage des Patienten berücksichtigen. Alle starken Reize im erkrankten Bereich sind strikt zu vermeiden. Hydrotherapeutische Maßnahmen, die zu Beginn nur konsensuell erfolgen dürfen, müssen sich dieser Tatsache einschleichend nähern, indem nur langsam und stetig die Temperatur und Intensität der Anwendungen zunimmt.

Vorsichtige Trockenbürstungen und -abreibungen, nach einiger Zeit auch wechselwarme Teilbäder mit Rosmarin- und Kampferzusatz sind sinnvoll, eventuell später unterstützt durch Kohlensäurebäder.

Die Durchflutung der betroffenen Extremität durch Kurzwellen oder die Reizstromtherapie über den segmentalen Nervenwurzeln bzw. die Anwendung dia-dynamischer Ströme entlang der betroffenen Extremität sind seitens der Elektrotherapie zu empfehlen.

Ebenfalls sehr günstig ist der Einsatz neuraltherapeutischer Injektionen an der zugehörigen Nervenwurzel oder am jeweils übergeordneten Ganglion mit der Zielsetzung, eine wenigstens vorübergehende komplette Relaxation der Gefäßmuskulatur zu erreichen, die einer gleichzeitig verabreichten Ozon/

Sauerstoff- oder medikamentösen Therapie den Weg bahnt.

Die Phytotherapie besteht in der Nutzung der vasoaktiven, harmonisierenden Wirkungen von *Secale cornutum*, *Aesculus hippocastanum* und *Ginkgo biloba*, die in Form zahlreicher Arzneispezialitäten verfügbar sind.

Homöotherapeutisch kommen *Secale D 4–12* und höher, *Arnica D 4–12*, *Plumbum aceticum D 12* sowie bei starken Rauchern auch *Tabacum D 2²* in Frage. Hier ist auch an die Mittel zu denken, die eine vegetative Labilität im Arzneimittelbild aufweisen, z. B. *Cimicifuga*, *Ignatia* oder *Magnesium carbonicum D 6–12*.

Die Behandlung der durch eine diabetische *Mikroangiopathie* verursachten DBS erfordert zusätzlich zu den genannten physiotherapeutischen Maßnahmen eine intensive medikamentöse Behandlung des Grundleidens, wobei man sich darüber klar sein muß, daß hier die Chancen nicht allzu gut stehen. Zwar ist in einigen Fällen ein Diabetes heilbar, hat dieser aber bereits eine Angiopathie verursacht, so ist diese kaum noch zu beheben. Es lohnt sich, einen Versuch mit Homöopathika zu unternehmen, wobei man sich darüber im klaren sein muß, daß immer eine langzeitige Anwendung erforderlich sein wird. Zur Wahl stehen – je nach Fall – *Arsenicum album D 6*, *Phosphorus D 12*, *Kreosotum D 4* sowie natürlich *Secale cornutum D 4* oder *Plumbum aceticum D 6*. Als günstig hat sich auch bisweilen die Anwendung von *Kollateral forte^{®5}* erwiesen. Auch die kapillarabdichtende Wirkung von *Rutin* sollte nicht übersehen werden.

Unerlässlich ist auch hier die Durchführung einer Ozon-/Sauerstofftherapie oder einer Eigenblut-Behandlung nach *Hoeverler*.

Venöse Durchblutungsstörungen

Venöse DBS haben in der Regel eine Bindegewebsschwäche als Grundlage,



die eine Dilatation der Gefäße durch fehlende Stützwirkung des umgebenden Bindegewebes ermöglicht und dadurch ein exaktes Schließen der Venenklappen verhindert. Hieraus ergibt sich ein *Circulus vitiosus*: aufgrund des hydrostatischen Druckes versackt das Blut in den peripheren Beinvenen, die dadurch noch mehr gedehnt werden. Dies verschlechtert wiederum das Schließen der Gefäßklappen etc.

Ein weiterer häufiger Grund für venöse DBS der unteren Extremität ist eine Erhöhung des venösen Druckes im Pfortaderkreislauf im Rahmen einer Hepatopathie oder eines Rückstaus vor dem rechten Herzen infolge einer Insuffizienz. Auch hier kommt es dazu, daß – als Folge des sich ergebenden Druckes – die Gefäße dilatieren und deren Klappen zunehmend insuffizient werden.

Schließlich kommt als auslösender Mechanismus auch ein Zustand nach Thrombophlebitis bzw. Venenthrombose in Frage mit einer Schädigung der Venenklappen im Sinne einer Vernarbung durch die abgelaufene Entzündung und einer daraus resultierenden Klappeninsuffizienz.

Wie auch immer die Pathogenese abgelaufen sein mag – die lokale Konsequenz ist stets gleich: der venöse Rückfluß aus der Extremität nimmt ab. Durch Erhöhung des hydrostatischen Druckes kommt es zum verstärkten Übertritt makromolekularer Eiweiße ins Gewebe. Hierdurch ist mit der Zeit auch das zugehörige Lymphgefäßsystem überlastet. Stark eiweißhaltige Gewebsflüssigkeit bleibt an Ort und Stelle und muß dort verstoffwechselt und entgiftet werden, obwohl der Organismus dafür nicht eingerichtet ist. Um diese Entgiftungsleistung wenigstens notdürftig zu erbringen, dient das sich entwickelnde *Ulcus cruris* als Ventil zur Ausleitung über die Haut.

Die Venenbeschwerden des Patienten manifestieren sich i. d. R. erst postpu-

bertär durch Stehberufe oder im Zusammenhang mit Schwangerschaften. Insgesamt besteht eine Häufung des Krankheitsbildes bei weiblichen Patienten.

Die Varikosis kann unterschiedlich ausgeprägt sein, je nachdem, in welchem Maße oberflächliche Gefäße in das Leiden mit einbezogen sind. Nächtliche Wadenkrämpfe sind zu Beginn oft das einzige Symptom, zu dem sich mit der Zeit zunehmend Insuffizienzzeichen wie Ödeme und/oder Stauungsekzeme hinzugesellen.

Der venöse Notfall ist die Entwicklung einer tiefen Beinvenenthrombose mit den bereits beschriebenen Funktionsstörungen im Bereich der tiefen Venen, die das vorgeschaltete venöse Gefäßsystem bis hin zu den Kapillaren mit betreffen. Zusätzlich geht von einer Thrombose stets die Gefahr wandernder Thromben aus, die zu Lungenembolie, Herzinfarkt oder apoplektischem Insult führen können.

Die systemische Therapie des *Ulcus cruris venosum* muß vorrangig durch Anlegen von Stützstrümpfen oder -verbänden versuchen, den insuffizient gewordenen Schluß der Venenklappen möglichst zu optimieren, soweit dies noch möglich ist. Zusätzlich ist mit Bewegungsübungen die Muskelpumpe zu aktivieren, wobei sich für den Bereich der unteren Extremität besonders das Fahrradfahren eignet, was in Form eines Heimtrainers auch solchen Patienten zur Verfügung steht, die mit einem normalen Fahrrad nicht zu recht kommen.

Seitens der Kneipp'schen Therapie ist die Anwendung wechselwarmer Waschungen, Güsse oder Fußbäder sinnvoll. Ebenso Wasser- oder Taubaden sowie kühle Packungen der Beine.

Besondere Sorgfalt ist bei der Entstauung eventuell bereits entstandener Beinödeme anzuwenden. Diese ist

mittels manueller Lymphdrainage durchzuführen, wobei der Akzent auf manuell liegt. Die apparative Lymphdrainage, die in vielen angiologischen Praxen aus Zeit- und wohl auch aus Liquidationsgründen angewendet wird, ist bei weitem nicht so effektiv, was auch verständlich wird, wenn man sich verdeutlicht, daß es in starkem Maße auf das Fingerspitzengefühl des Therapeuten ankommt, wenn es darum geht, gezielt die eingelagerten Flüssigkeitsmengen zu drainieren.

Entscheidend unterstützt wird die Entstauung durch den Einsatz von Blutegeln, die in mindestens 14-tägigen Abständen angesetzt werden und in oft erstaunlichem Maße eine Verbesserung der Gesamtsituation insbesondere des schon länger ödematösen Beines bewirken. Diese Erkenntnis steht zunächst im Gegensatz zu den Postulaten der offiziellen Lymphologie, hat sich jedoch in praxi ausgesprochen bewährt, was auch nicht verwundert, wenn man sich mit der Wirkung der von den Egelzähnen sezernierten Sekrete beschäftigt hat. Wir setzen allerdings die Blutegel anfangs nicht in der Nähe des *Ulcus* an, wie oft empfohlen wird, sondern proximal davon, um – den Regeln der manuellen Lymphdrainage folgend – die Abflußwege zunächst rumpfnah und erst später distal wieder gangbar zu machen. Die statt der Blutegel allenthalben angepriesenen Hirudin-Salben haben demgegenüber fast nie eine wirklich deutliche Wirkung erbracht, allenfalls bei ganz oberflächlichen Thrombophlebitiden.

Der Statik der Wirbelsäule und der unteren Extremitäten ist ebenfalls besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Hier müssen gegebenenfalls durch chirotherapeutische oder osteopathische Griffe Korrekturen durchgeführt oder mittels entsprechender Einlagen Fehlbelastungen vermindert werden.

Der Patient selbst soll dazu angehalten werden, seine Beine nachts auf jeden Fall und im Laufe des Tages nach Mög-



lichkeit hochzulagern. Bandagen bzw. Stützstrümpfe müssen vor dem Aufstehen angelegt werden. Ballaststoffreiche Ernährung hilft, wenn es darum geht, einer Obstipationsneigung entgegenzutreten; auch muß unbedingt eventuell bestehendes Übergewicht reduziert werden, wozu wir in der Praxis mit guten Ergebnissen vor allem die *Mayr-Kur* einsetzen, mit der, je nach Fall, eine tägliche Gewichtsreduktion um bis zu 500 g möglich ist, ohne daß der Patient deshalb arbeitsunfähig würde.

Die medikamentöse Therapie ist zunächst natürlich abhängig vom Grundleiden. Dies bedeutet, daß eine effektive Ulcustherapie nur dann möglich ist, wenn die das Ödem verursachenden Grundkrankheiten gleichzeitig mitbehandelt werden. Es muß also das insuffiziente Herz medikamentös, z. B. durch *Crataegus* und *Viscum album*, gestützt, die gestaute Leber mittels *Carduus marianus* und *Polilevo N*^{®6} aktiviert, regeneriert und entgiftet, die Bindegewebsschwäche z. B. mit *Helonias-dioica-Kpl.* *Hanosan*^{®7} peroral und *Lotio pruni comp. cum cupro*^{®8} lokal behandelt werden, damit die Wundversorgung des *Ulcus cruris* einem dauerhaften Ergebnis führt. Insbesondere ist die Behandlung der ja meist angeborenen Bindegewebsschwäche von vornherein als Langzeittherapie anzulegen und dies dem Patienten auch sorgfältig zu erklären, um die Compliance zu verbessern.

Die Venopathie selbst erfordert eine interne Medikation mit *Aesculus hippocastanum*, *Ginkgo biloba*, *Melilotus off.*, *Hamamelis virginica* sowie *Rutin*. Begleitend sind im Rahmen der medikamentösen Therapie Präparate anzuwenden, die die Leistungsfähigkeit des Lymphgefäßsystems verbessern, wozu ich meist *Lymphdiaral*^{®9} verordne.

Akute Thrombophlebitiden sind sehr erfolgreich mit *VThE*^{®10} in Kombination mit lokaler Blutegel-Anwendung behandelbar.

Diätetisch ist dem Patienten wegen des hohen Rutingehaltes der Genuß von Buchweizen anzuraten.

Lokale Therapie

Auch eine noch so gute systemische Therapie wird niemals in der Lage sein, ein *Ulcus cruris* auszuheilen, wenn sie nicht durch eine intensive und effektive Lokalthherapie begleitet wird.

Für diesen Zweck hat es in der Vergangenheit zahlreiche Therapieansätze gegeben, die sich unterschiedlich bewährten, aber nicht in allen Fällen anwendbar waren. So manchem *Ulcus* ist auf diese Weise übel mitgespielt worden, indem man es mit Salben zuschmierte, darauf urinieren ließ oder es durch chirurgische, antibiotische oder enzymatische Maßnahmen zu bessern versuchte, um nur einige markante Eckpunkte der bekannten Therapieversuche beim Namen zu nennen.

Erst die theoretische Auseinandersetzung mit den physiologischen Wundheilungsmechanismen führte durch Forschungsarbeit vor allem von *Winter* zu Erkenntnissen, die in ein Therapiekonzept mündeten, das bei praktisch allen *Ulcus*-Patienten anwendbar ist und einen biologischen (= an den Lebensvorgängen orientierten) Heilungsverlauf ermöglicht. Über das aus diesen Forschungen entwickelte *Prima-med*^{®11}-System wird nachstehend noch zu berichten sein. Zunächst jedoch sollen die Mechanismen der physiologischen Wundheilung noch einmal in Erinnerung gebracht werden.

Physiologische Wundheilung

Gewebsverlust, wie er im Rahmen einer Verletzung der Haut fast stets auftritt, ist verbunden mit einer Zerreißung oder Zerschneidung von Blut- und Lymphgefäßen. Obwohl die mit der Verletzung einhergehenden nozi-

zeptiven Reize zunächst zu einer anfänglichen Vasokonstriktion im Wundgebiet führen, kommt es dennoch zu einem Einströmen von Blut und Gewebsflüssigkeit, die zusammen das Wundsekret bilden. Das in diesem enthaltene Fibrinogen bildet durch die hinzutretenden Gerinnungsfaktoren Fibrinfäden, die durch Schorfbildung einen Wundverschluß bewirken. Somit werden weitere Blutungen verhindert und einer Infektion durch exogene Keime vorgebeugt.

In der sich anschließenden *exsudativen Phase* kommt es zu einer Entzündung, die durch eine der anfänglichen Vasokonstriktion folgende Dilatation der Gefäße verursacht wird und zu einem Ansteigen der Temperatur in der Wunde führt. Die Gefäße verharren in erweitertem Zustand für einige Stunden. Währenddessen bildet sich vermehrt Wundsekret, das in die Verletzung einströmt und dort zu einem Sauerstoffmangel führt. Durch das entstehende Wundödem ist der Abfluß aus dem Wundgebiet behindert. So entsteht eine Azidose, die den chemischen Reiz für das Einwandern von Phagozyten liefert, die eingedrungene Keime und verletzungsbedingte Zelltrümmer in ihrem Zytoplasma auflösen und so entsorgen. Unterstützt wird diese Wundreinigung durch Hydrolasen (Proteinase, Lipase, Glucosinase), die aus den Lysosomen der zerstörten Zellen freigesetzt wurden und eine Autolyse der geschädigten Zellverbände bewirken.

Schon währenddessen kommt es durch Einsprossung von Kapillaren aus der gesunden Umgebung der Wunde sowie durch Einwanderung von Fibroblasten zu einer Proliferation, indem diese die Vorstufen von Kollagen- und Bindegewebsfasern bilden. Bei Schnitt- und Stichwunden füllt sich so der Wundraum relativ schnell mit neuem Gewebe, das die Wundränder verbindet und die Wunde schließt, während sukzessive das anfangs gebildete Netz aus Fibrinfäden abgebaut wird (*primäre Wundheilung*).



Bei großflächigeren Verletzungen ist dies nicht möglich, da die Kapillaren länger benötigen, um sich zu einem Netz zu verbinden, das die eingewanderten Fibroblasten ernähren kann. So ist das ‚Zuwachsen‘ der Wunde von den Rändern her deutlich zu beobachten, das der Geschwindigkeit der Kapillarsprossung entspricht. Das hierbei entstehende leicht blutende Granulationsgewebe bedeckt zunehmend die Wunde (*sekundäre Wundheilung*).

Die Vorstufen der Bindegewebsfasern wandeln sich unter Einbeziehung der aus den Fibroblasten entstehenden Fibrozyten zu Bindegewebe um, das als Narbengewebe durch Verlust der anfänglichen Kontraktibilität die Wundränder zusammenzieht. Das von den Wundrändern einwachsende Deckepithel schließt dann die Wunde endgültig. Diese *Reparationsphase* vollzieht sich im Rahmen der primären Wundheilung noch unter dem Wundschorf, der danach abfällt. Bei der sekundären Heilung erfolgt die Epithelisierung i. d. R. erst nachdem der Schorf abgestoßen wurde.

Die Heilung von Wunden ist demnach also ein reparativer Vorgang, bei dem Hautgewebe durch Narbengewebe ersetzt wird. Eine *Restitutio ad integrum* (Regeneration) findet nicht statt.

Lokale Wundbehandlung mit System

Zur Behandlung von *Ulcer crurum*, Dekubitalgeschwüren sowie Verbrennungen steht seit einiger Zeit das aus Gel-Kompresse, Gel, Schutzmembran und temporärem Hautersatz bestehende Primamed®-System der Firma Winthrop GmbH, Norderstedt, zur Verfügung, dessen Wirkungsweise sich weitestgehend an den vorstehend aufgezeigten Erkenntnissen über die Physiologie der Wundheilungsmechanismen orientiert.

Wir haben dieses System mit guten Resultaten bei zahlreichen Patienten unserer Praxis angewendet und festge-

stellt, daß insbesondere auch bezüglich der Handhabung durch den Patienten selbst bedeutend weniger Probleme mit der täglichen häuslichen Wundversorgung auftreten als bei den herkömmlichen Verfahren.

Sanfte Wundkompression

Ein 12 x 19 cm großes Stück feinporigen 4 mm starken Polyurethan (PU)-Schaumstoffes ist mit 19 g Primamed®Gel imprägniert.

Durch die Feinporigkeit des PU-Materials wird eine hohe Saugkraft sichergestellt, die der Absorption von Wundexsudat, Zell- und Gewebstrümmern dient. Zudem kommt es durch die Elastizität des Materials in Verbindung mit der Muskelaktion zu einer rhythmischen Kompression, die lokal der Ven- und Lymphostase entgegenwirkt. Im Wundbereich selbst wirkt nach unserer Beobachtung die minimale Reibung des PU-Schaumes auf dem Wundgrund und den Rändern des Ulcus wie eine stete chirurgische Wundanfrischung, die die Entstehung von Krusten und Mazerationen verhindert.

Bakteriostatische Gel-Behandlung

Ein aus Tonerde weiterentwickelter Aluminium - chlorid - hydroxid - Komplex ist auf einen pH-Wert von 3,4–3,8 eingestellt und galenisch als thixotropes Gel zubereitet.

Aluminium - chlorid - hydroxid - Komplex ist ein atoxisches Adstringens, das mit den in der Wunde anwesenden Eiweißen eine die Wundfläche abdichtende kolloidale Verbindung eingeht und so einen Schutz gegen mechanische Reize und bakterielle Infektionen bildet. Gleichzeitig wirkt der niedrige pH-Wert bakteriostatisch und regt durch Chemotaxis die Phagozytose an. Die Wundabdichtung beugt zudem Elektrolytverlusten aus der Wunde vor.

Primamed®Gel verengt dilatierte Gefäße und verringert so die Exsudation und die Bildung eines Wundödems. Durch seine kontrahierende Wirkung auf Bindegewebsfasern unterstützt es die Wundkontraktion und damit die Straffung des Narbengewebes in der reparativen Phase.

Nur in äußerst seltenen Fällen einer Allergie gegen die Wirksubstanz, die uns nur aus der Literatur bekannt ist, sollte von der Anwendung abgesehen werden.

Die schützende Membrane

Eine gepolsterte semipermeable PU-Membran bietet zusätzlichen Schutz vor Erregern und vermindert die Austrocknung des Wundverbandes.

Eine nicht-haftende beschichtete feuchtigkeitsdurchlässige Folie und eine semipermeable, hydrophobe und bakterienundurchlässige PU-Membran sind mit einer saugfähigen Vlies-schicht zu einem ‚Sandwich‘ von hoher Elastizität verarbeitet, das sich den anatomischen Gegebenheiten des Wundgebietes optimal anpaßt.

Die Schutzmembran wird über die Gel-Kompresse gelegt, die sie ringsum um zwei Zentimeter überlappen sollte, ohne direkt mit der Wunde in Kontakt zu kommen. Auf diese Weise wird sichergestellt, daß die Wunde feuchtgehalten wird, ohne den Gasaustausch mit der Raumluft zu behindern. Zudem wird eine Verschmutzung des darüberliegenden Kompressionsverbandes bzw. der Bettwäsche vermieden. Außerdem ist so – bei Dekubitalulcera von großer Bedeutung – ein Eindringen von Exkrementen in die Wunde ausgeschlossen.

Ersatz für fehlende Haut

Eine semiokklusive gas- und wasserdampfdurchlässige Folie aus speziellem Polyurethan, die nicht auf der Wunde verkleben kann.



Temporärer Hautersatz unterstützt die physiologische Wundheilung, indem im Wundbereich ein Mikroklima erzeugt wird, das sicherstellt, daß im Wundbereich Körpertemperatur herrscht. Dies garantiert ein Optimum an Phagozytoseleistung unter physiologischen Bedingungen. Zudem schützt Primamed® Temporärer Hautersatz die Wundoberfläche vor Kontamination mit exogenen Keimen, ist also wirklich ‚Ersatz für die fehlende Haut‘ im Wundbereich.

Die Anwendung des Temporären Hautersatzes ist gebunden an eine gut gereinigte Wunde ohne Gewebstrümmern im Wundbereich. Bei geringer Wundsekretion kann Temporärer Hautersatz bis zu 10 Tage auf der Wunde verbleiben.

Die Anwendung empfiehlt sich bei der Versorgung von Ulcera crurum vor allem dann, wenn das Ulcus bereits belagfrei, trocken und im Hautniveau ist, also in der Regel nach einer zuvor durchgeführten Behandlung mit der Gel-Kompresse.

Wundversorgung

Die Anwendung des Primamed®-Systems ist denkbar einfach: Beim ersten Mal werden nach üblicher chirurgischer Wundrevision mittels Curettage und gegebenenfalls Anfrischen der Wundränder mit Skalpell oder Schere alle Höhlen des Wundbereiches sowie die Randzonen mit Primamed®Gel gefüllt. Anschließend ist die Primamed®Gel-Kompresse der sterilen Einzelverpackung zu entnehmen und doppelagig ohne Druck auf die Wunde zu legen, mit der Schutzmembran überlappend abzudecken und mittels hypoallergenem Pflaster zu fixieren. Ein Kompressionsverband vollendet die Wundversorgung.

Es hat sich bewährt, die Kompresse vor Applikation im Kühlschrank zu lagern. Dies wirkt nicht nur schmerzlindernd, sondern über den Wärmeent-

zug gleichzeitig auch antiphlogistisch. Die Häufigkeit des Kompressenwechsels richtet sich nach dem Ausmaß der Wundexsudation. Hier ist zu Beginn der Behandlung ein häufigerer Wechsel sinnvoll, um sich ein Bild über die individuelle Situation zu machen, der man sich im weiteren Verlauf der Behandlung dann anpassen kann. Fast immer kamen wir anfänglich mit einem einmal täglichen Verbandwechsel aus, der sukzessive auf einen drei- bis zweimal wöchentlich reduziert werden konnte. Nur in seltenen Fällen war es bei großflächigen Ulcera mit starker Exsudation anfangs erforderlich, für einen begrenzten Zeitraum einen zweimal täglichen Verbandwechsel durchzuführen.

Von essentieller Wichtigkeit ist es, die Kompresse stets mittels Primamed®-Gel feucht zu halten, um ein Verkleben der Kompresse mit der Wundoberfläche zu vermeiden. Nachdem wir dies anfangs mittels häufigeren Verbandwechsels sicherstellten, sind wir inzwischen dazu übergegangen, zwischen die beiden Lagen der doppelagig aufliegenden Kompresse eine sich nach der Wundgröße richtende Anzahl Venofix®¹² einzulegen, von denen wir zuvor die Kanülen entfernt haben. Durch die verbleibenden dünnen Schläuche applizieren die Patienten über den Tag verteilt immer wieder kleinere Mengen Primamed®Gel, das unsere Patienten im Kühlschrank aufbewahren, um auch beim Anfeuchten in den Genuß der Kühlwirkung zu kommen. Es ist notwendig, das Gel unter Ausnutzung seiner thixotropen Eigenschaft durch kräftiges Schütteln zuvor zu verflüssigen. Eine ascendierende Infektion über die liegenden Venofixschläuche haben wir nicht beobachten können. Dies ist sicherlich zum einen auf den bakteriostatischen Effekt des Primamed®Gels zurückzuführen, andererseits aber vermutlich auch dadurch bedingt, daß wir sorgfältig darauf achten, daß die Schläuche unverzüglich nach Benutzung wieder mit der Verschlusskappe versehen werden.

Befindet sich nach der Behandlung das Ulcus im Hautniveau und ist trocken und frei von Belägen, so setzen wir die Behandlung unter Einsatz des Primamed® Temporären Hautersatzes fort, wobei nach unseren Beobachtungen es sich günstig auswirkt, die Patienten anlässlich des nunmehr seltenen Verbandwechsels ein Eichenrindenbad mit Tannolact®¹³ Plv durchführen zu lassen. Die Verbandwechsel mit Temporärem Hautersatz sollten stets in der Praxis durchgeführt werden, da die Anwendung an Fachkenntnisse über Asepsis bei der Wundversorgung gebunden ist, wenn man optimale Ergebnisse erzielen will.

Kasuistik

1. Patientin, 54 Jahre, ledig, Büroangestellte.

Varikosis seit ca. dem 30. Lebensjahr, keine ernsthaften Vorerkrankungen in der Anamnese.

Die Patientin stellt sich erstmals am 18. 4. 1990 in der Praxis vor. Sie habe sich vor 4 Jahren am linken Bein gestoßen. Das aus dieser Verletzung entstandene Ulcus habe sich trotz hausärztlicher Behandlung nicht wieder geschlossen, sondern sich sukzessiv verschlechtert.



Abbildung 1: 7. 5. 1990: Ulcus cruris venosum bei einer 54jährigen Patientin. Man beachte die ausgeprägte lymphödematöse Schwellung und die düster-blaurote Verfärbung des Beines.

Befund: Über dem linken inneren Malleolus finden sich ein Ulcus von etwa 7 x 10 cm Ausdehnung und ein kleineres von etwa 2,5 cm Durchmesser. Beide Ulcera sind dick mit einer grau-grünen Schicht aus Gewebs- und Zelltrümmern sowie Resten der hausärztlichen Salbenbehandlung bedeckt. Das Bein ist bis vom Knie abwärts blaurot verfärbt, stark ödematös geschwollen und an zahlreichen Stellen deutlich induriert. Die Patientin klagt über ausgeprägten Wundschmerz und über Brennschmerz im gesamten Unterschenkel.

Die Wundreinigung mit 3%igem H₂O₂ und nachfolgender Wundspülung unter Druck mit physiologischer NaCl-Lösung läßt einen Blick auf den etwa 1,5–2 cm tief liegenden Wundgrund zu, in dem Muskelfasziën und Sehnen freiliegen. Zudem finden sich im Randbereich der Wunde ausgeprägte Taschenbildungen mit käsigem, stinkendem Inhalt. Es besteht starker fauliger Wundgeruch.

Diagnose: Superinfiziertes Ulcus cruris varicosum, phlebo-lymphostatisches Ödem, Thrombophlebitis.

Verlauf: Die dringend angeratene stationäre Immobilisierung lehnt die Patientin ebenso strikt ab wie ein vorübergehendes Aussetzen ihrer beruflichen Tätigkeit. Sie ist lediglich dazu zu bewegen, ihr Bein während der Arbeit auf einem Schemel hochzulagern. Verunftargumenten ist sie nicht zugänglich, so daß wir erst nach Unterschrift unter unsere schriftliche Information über die Behandlungsrisiken bereit sind, die Behandlung zu übernehmen.

Nach durchgeführter Ozon-Beutelbegasung mit 48 µg/l werden im Rahmen einer chirurgischen Wundrevision mit der Kurette der Wundgrund und die Wundtaschen behutsam mechanisch gereinigt und anschließend nochmals sorgfältig mit H₂O₂ und NaCl-Lösung ausgewaschen. Auch die Wundränder

werden von nekrotischem Gewebe befreit. Angesichts der entzündlichen Gesamtsituation wird darauf verzichtet, die Wundränder anzufrischen. Wir füllen Taschen und Wundfläche mittels einer Spritze mit Varidase®¹⁴Gel bis zum Hautniveau auf und verbinden steril, wobei wir die Wundumgebung sorgfältig mit Hamasana®¹⁵Salbe abdecken, um einer Hautmazeration durch scharfe Wundexsudate vorzubeugen. Da keinerlei Hinweise auf innere Erkrankungen bestehen, erhält die Patientin lediglich Wobenzym®¹⁶Drg. und VThE®Dil zur peroralen Medikation.



Abbildung 2: Zustand desselben Ulcus cruris am 1. 7. 1990: Deutliche Abflachung des Ulcus und ausgeprägte Granulation im Bereich des Wundgrundes. Der weiße Saum am Wundrand ist Indikator für einen regelrechten Heilungsverlauf.



Abbildung 3: 30. 7. 1990: Weitere Annäherung des Wundgrundes an das Hautniveau. Deutliche Epithelisation von den Wundrändern und den Epithelisationsinseln im Wundbereich her.

Nach etwa 3 Monaten, in denen wir täglich (anfangs auch an den Wochenenden) verbinden und gegebenenfalls nach obigem Schema die Wunde zusätzlich chirurgisch versorgen und mit Ozon begasen, ist der Wundgrund von einer Schicht Granulationsgewebe bedeckt, so daß keine Muskeln und Fasziën mehr freiliegen. Die Farbe des Unterschenkels ist bedeutend heller geworden.

Nunmehr Beginn der Behandlung mit Primamed®Gel-Kompressen bei gleichzeitigem Absetzen der enzymatischen Wundreinigung. Nach Anlernzeit von einigen Tagen beherrscht die Patientin den Verbandwechsel selbst, sodaß wir die weitere Entwicklung nun nur noch einmal wöchentlich kontrollieren müssen. Ab diesem Zeitpunkt wird von der Patientin auch ein Kompressionsverband akzeptiert, den sie zuvor wegen der Schmerzen im Bein nicht vertrug.

Nach weiteren fünf Monaten befindet sich das große Ulcus nahezu im Hautniveau. Es mißt jetzt noch etwa 8,5 x 6 cm und weist in seiner Wundfläche zahlreiche Granulationsinseln auf, die bereits im Hautniveau liegen. Der Durchmesser des kleineren Ulcus beträgt noch 1,5 cm. Es befindet sich ebenfalls fast im Hautniveau. Nach wie vor besteht eine ausgeprägte Wundexsudation. Die Rötung des Unterschenkels blaßt zusehends ab. Nur nebenher erwähnt die Patientin, daß ihr jetzt gelegentlich ‚ohne Grund‘ übel sei und sie sich manchmal übergeben müsse. Ein eindeutiger Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme ist nicht festzustellen. Die Laborparameter sind unauffällig. Irisdiagnostisch finden sich keine Hinweise auf ein Leber/Galle-Geschehen, die Palpation des Abdomens ist unauffällig, die Leber nicht vergrößert. Dennoch verordnen wir probatorisch ein Chologogum. Daraufhin nimmt die Wundexsudation innerhalb von zwei Wochen deutlich ab. Die Übelkeitsanfälle sind seither nicht mehr aufgetreten, so daß wir ex

juvantibus eine funktionelle Hepatopathie vermuten müssen, die klinisch inapparent verlief.



Abbildung 4: 4. 1. 1991: Das Ulcus ist nun deutlich kleiner und befindet sich ganzflächig im Hautniveau. Das Lymphödem hat abgenommen, die bläulich-livide Verfärbung des Beines normalisiert sich zusehends. Das ursprüngliche Ausmaß des Ulcus ist erkennbar. Die dunkle Färbung des Wundgrundes stammt aus einer Kapillarblutung in die Wunde, nachdem die Patientin sich gestoßen hatte.

Wegen der nach wie vor bestehenden Indurationen im lymphödematösen Bein führen wir manuelle Lymphdrainagen durch, die zwar das Ausmaß des Ödems verringern, jedoch an den Indurationen nichts zu ändern imstande sind. Auch die Heilungsgeschwindigkeit des Ulcus wird durch die Lymphdrainagen nicht wesentlich verbessert. Wir haben uns daher entschlossen, einen Versuch mit Blutegeln zu unternehmen, von denen wir zunächst fünf oberhalb des ödematösen Bereiches zirkulär um den Unterschenkel ansetzen. Beim Kontrolltermin am nächsten Tag berichtet die Patientin, sie habe das Gefühl, das gesamte Bein sei wesentlich leichter, das Spannungsgefühl habe deutlich nachgelassen. Die Untersuchung zeigt, daß bereits ein Teil der Indurationen nicht mehr palpabel ist. Die Farbe des Unterschenkels ist nunmehr größtenteils fast normal. Die Exsudation hat weiter abgenommen, so daß wir jetzt dazu übergehen, Primamed® Temporärer Hautersatz einzu-

setzen. Da es hierbei bei der sehr hautempfindlichen Patientin anfangs trotz Abdeckung der Wundumgebung mit Hamasana® Ungt. zu leichten Mazerationerscheinungen kommt, wenden wir für einen Zeitraum von etwa drei Wochen Primamed® Temporärer Hautersatz alternierend mit Primamed® Gel-Kompressen an, um dann erfolgreich nur noch mit temporärem Hautersatz fortzufahren.

liche Gehschwierigkeiten resultierten. Das Lymphödem ist nun in seiner Ausdehnung bedeutend kleiner und in seiner Konsistenz erheblich weicher.

Nach weiteren zwei Monaten, in denen die Therapie mit Primamed® Temporärem Hautersatz fortgeführt wird und die Patientin Venalot®¹⁷Kps. einnimmt, hat das größere Ulcus noch eine Ausdehnung von 5,5 x 4,5 cm, das



Abbildung 5: 15. 3. 1991: Weitere Verkleinerung der Wundfläche durch fortschreitende Epithelisation von den Wundrändern aus. Deutlich sichtbar die Kapillarsprossung im Wundgrund. Die Hautfarbe des Beines hat sich nun weitgehend normalisiert, das Lymphödem hat sich fast gänzlich zurückgebildet.

Nach weiteren zwei Monaten ist die Epithelisierung deutlich fortgeschritten. Erneut werden fünf Blutegel zirkulär um den Unterschenkel angesetzt. Wieder kommt es zur Rückbildung lange bestehender Indurationen sowie zu dem Gefühl, das Bein sei ‚leichter geworden‘. Insbesondere das Verschwinden von Indurationen im Bereich der Achillessehne wird als angenehm empfunden, da aus diesen erheb-

kleinere einen Durchmesser von 1 cm. Beide Ulcera befinden sich nunmehr ganzflächig im Hautniveau. Die Hautfarbe ist im Bereich des gesamten Beines nahezu normal. Die Wunde ist praktisch trocken, das Narbengewebe reizlos. Nach derzeitigem Stand ist die kontinuierlich fortschreitende Heilung nur noch eine Frage der Zeit.

2. Patient, 40 Jahre, kfm. Angestellter.

Nachdem 1984 eine tiefe Beinvenenthrombose in der Klinik tagelang als Hämatom behandelt worden sei und man erst danach eine thrombolytische Therapie versucht habe, leide er unter chronisch rezidivierenden Ulcera crurum, deren Häufigkeit nach diversen Sklerosierungen durch einen Angiolo-



gen zugenommen habe. Wegen des seit der Thrombose bestehenden ausgeprägten Beinödems sei er berentet. Zudem habe er nach mehrjährigem Alkoholkonsum einen Leberschaden, sei jetzt aber seit einem Jahr trocken.

Befund: Bei Erstuntersuchung am 29. 8. 1990 findet sich am nicht gewickelten, deutlich lymphödematösen linken Bein etwa 4 cm über dem inneren Malleolus ein etwa markstückgroßes verkrustetes Ulcus. Etwa 1 cm daneben mündet eine Fistel, aus der eitriges Exsudat austritt. Das Ulcus ist umgeben von einem entzündlichen Hof von ca. 8 cm Durchmesser. Proximal des Ulcus findet sich eine Hämosiderin-Ablagerung von etwa Handtellergröße als Ausdruck der bestehenden trophischen Störung.

Diagnose: Postthrombotisches phlebo-lymphostatisches Ödem, Ulcus cruris varicosum, Thrombophlebitis, sowie alkoholinduzierte Hepatopathie.

Verlauf: Nach Abtragung der Kruste und Sondierung der Fistel Reinigung des Ulcus und Spülung der Fistel mit H₂O₂ mittels Knopfkanüle. Anschließend Spülung mit physiologischer NaCl-Lösung. Wundverband mit Primamed® Gel-Kompresse, Abdeckung mit Primamed® Schutzmembran, Fixierung mit Mefix®¹⁸, Anlegen eines Kompressionsverbandes mittels Pütter®¹⁹-Verband. Perorale Medikation mit Venalot®Kps. sowie Polilevo®N.

Nachdem drei Wochen lang in zunächst zwei-, dann dreitägigem Rhythmus Verbandwechsel durchgeführt worden waren, war das Ulcus sauber und trocken, die Fistel geschlossen. Nun stellen wir auf Primamed® Temporärer Hautersatz um, unter dem es innerhalb weiterer zwei Wochen zu einer guten Epithelisierung kommt.

Nach insgesamt zehn Wochen ist das Ulcus vollends abgeheilt. Der Patient hat sich inzwischen einen Gummi-

strumpf maßschneidern lassen, den er regelmäßig morgens anlegt. Auch nimmt er nun dauerhaft Venalot®Kps. Unter dieser Behandlung hat auch das Lymphödem deutlich abgenommen.

Schlußbetrachtung

Mit der vorstehend geschilderten Methode der kombinierten systemischen und lokalen Ulcusbehandlung haben wir bisher alle in unserer Praxis vorgestellten Ulcera crurum in relativ kurzer Zeit und bisher rezidivfrei ausheilen können. Daß hierbei bisweilen die Geduld des Therapeuten und des Patienten – besonders bei Ulcera mit großen Gewebsverlusten – hart auf die Probe gestellt wird, liegt in der Sache, sollte also niemanden entmutigen, sondern allenfalls zu sorgfältiger Arbeit anregen.

Biologische Heilverfahren brauchen nun einmal soviel Zeit, wie der jeweilige Organismus vorgibt, dem man eine streßfreie Heilung ermöglichen will. Und wer einmal erlebt hat, wie glücklich ein Patient ist, der bei seinem chronischen Ulcus cruris endlich eine Heilungstendenz wahrnimmt, wird sich gerne in der nötigen Geduld üben.

Anschrift des Verfassers:

Naturheilkundl. Gemeinschaftspraxis
Wolf R. Dammrich, Hp
Regine Backhausen, Hp
Neuer Weg 40, 2980 Norden 1

Bibliografie:

1. Consilium Cedip Naturheilweisen, 3. Auflage, München 1987
2. Felix, W.: Spektrum Venenmittel, Aesopus-Verlag, Zug/Schweiz 1986
3. Földi, M. et al.: Praxis der Lymphgefäß- und Venenerkrankungen, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1974
4. Isenring, G. et al.: Mikroangiopathie bei chronisch venöser Insuffizienz, Vasa 11, 104 (1982)
5. Karl, J.: Therapiekonzepte für Naturheilkunde, Verlag Tibor Marczell, München 1979

6. Kietzmann, M. und D. Lubach: Beeinflussung der epidermalen Proliferation und der Wundheilung durch Primamed, Ärztliche Kosmetologie 19, 356–368, Heft 5, 1989
7. Müller-Wiefel, H.: Untersuchungen zur Hämodynamik in Venen der unteren Extremität – Physiologische und pathophysiologisch-klinische Aspekte, Ergebnisse der Angiologie Bd. 7, Schattauer Verlag, Stuttgart 1974
8. Stegmann, W.: Differentialdiagnose und Therapie des Ulcus cruris venosum, Orthopädische Praxis 19, 755 (1983)
9. Winter, G. D.: Formation of the scab and the rate of epitelization of superficial wounds in the skin of young domestic pigs, Nature 193, 293–294 (1962)

¹ Hersteller: Fa. Sanum-Kehlbeck GmbH & Co KG, Postfach 322, 2812 Hoya

² Hersteller: Fa. Sanum-Kehlbeck GmbH & Co KG, Postfach 322, 2812 Hoya

³ Hersteller: Fa. Sanum-Kehlbeck GmbH & Co KG, Postfach 322, 2812 Hoya

⁴ Hersteller: Fa. Steigerwald Arzneimittelwerk GmbH, Postfach 4335, 6100 Darmstadt

⁵ Hersteller: Fa. Ursapharm Arzneimittel GmbH, Postfach 1151, 6601 Bübingen

⁶ Hersteller: Fa. Taurus Pharma GmbH, Postfach 6382 Friedrichsdorf/Ts

⁷ Hersteller: Fa. Hanosan GmbH, Postfach 120120, 3008 Garbsen

⁸ Hersteller: Fa. Weleda AG – Heilmittelbetriebe, Postfach 1309/1320, 7070 Schwäbisch Gmünd

⁹ Hersteller: Fa. Pascoe Pharmazeutische Präparate GmbH, Postfach 6140, 6300 Gießen

¹⁰ Hersteller: Fa. Labor Dr. Dr. Johannes Kuhl Nachf. Droste-Hülshoff-Str. 90, 4440 Rheine

¹¹ Hersteller: Fa. Winthrop GmbH, Postfach 1660, 2000 Norderstedt

¹² Hersteller: Fa. Braun Melsungen AG, Postfach 110/120, 3508 Melsungen

¹³ Hersteller: Fa. Basotherm GmbH, Postfach 1254, 7950 Biberach/Riss

¹⁴ Hersteller: Fa. Lederle Arzneimittel GmbH & Co, Pfaffenrieder Straße 7, 8190 Wolfratshausen

¹⁵ Hersteller: Fa. Robugen GmbH Pharmazeutische Fabrik, Postfach 266, 7300 Esslingen-Zell

¹⁶ Hersteller: Mucos Pharma GmbH & Co, Postfach 1380, 8192 Geretsried 1

¹⁷ Hersteller: Fa. Schaper & Brümmer GmbH & Co KG, Postfach 611160, 3320 Salzgitter 61

¹⁸ Hersteller: Mölnlycke GmbH, Postfach 140, 4010 Hilden

¹⁹ Hersteller: Medice, Chem.-pharm. Fabrik Pütter GmbH & Co KG, Postfach 2063, 5860 Iserlohn