

# Therapie degenerativer vertebraer Erkrankungen in der Naturheilpraxis

F. Hoffmann

Alle Erwachsenen weisen mehr oder weniger ausgeprägte degenerative Veränderungen der Bandscheiben, der angrenzenden Wirbelkörperabschnitte und der kleinen Wirbelgelenke auf. Diese Veränderungen beginnen häufig schon in der Jugend. Neben der Anamnese und klinischen Befunderhebung ist die Röntgenuntersuchung für die Diagnosestellung als Grundlage des Therapieplans von größter Wichtigkeit. Man muß sich aber vor einer Überbewertung des Röntgenbefundes hüten, da dieser mit dem Beschwerdebild sehr häufig nicht korreliert. Bei Kreuzschmerzpatienten stimmen klinischer und röntgenologischer Befund in 50%, bei Halswirbelsäulenbeschwerden in 60% und bei der von der Brustwirbelsäule ausgehenden Schmerzen nur in 10% überein.

Meist ist die Bandscheibe der Ausgangspunkt der degenerativen Veränderungen. Der Wassergehalt der Faserknorpelgrundsubstanz beträgt in der Jugend noch 83% und sinkt auf 70% im Greisenalter ab. Dadurch kommt es zu einer Depolymerisation der Makromoleküle, so daß sich mit der nachlassenden Hydratationskraft die Quellbarkeit, Elastizität und Viskosität der Grundsubstanz verringern. Dies bedingt gleichzeitig eine Herabsetzung der Nutrition des Bandscheibengewebes, die per diffusionem erfolgt. Die Depolymerisation hat eine vorübergehende Erhöhung des intradiskalen onkotischen Druckes zur Folge, so daß dieser Zustand bei gleichzeitigem Auftreten von Rissen im Anulus fibrosus zum Bandscheibenvorfall prädisponiert.

Der Flüssigkeitsverlust der Bandscheibe führt zu ihrer Höhenverminderung (Chondrosis intervertebralis).

Die Chondrose kann zu hochgradigen Zerrüttungen des Bandscheibengewebes und zu ausgedehnten Degenerationen der angrenzenden Knorpelplatten führen. Im Bereich der Wirbelkörpergrund- und -deckplatten kommt es zu Spongiosaverdichtungen und Sklerosierung (Osteochondrosis intervertebralis).

Auf dem Boden der Bandscheibendegeneration kann es zu Reißbildungen im Anulus fibrosus kommen. Liegen diese ventral oder lateral, kann unter Druck stehendes Diskusgewebe unter das vordere Längsband, das den Zwischenwirbelraum überdeckt und mit der Wirbelkörperwand fest verwachsen ist, gelangen. Durch den ständigen Reiz kommt es zur Bildung knöcherner Randzacken (Spondylosis deformans). Die Spondylose hat keinen eigenen Krankheitswert, sie ist nur Ausdruck einer vorangegangenen Bandscheibenschädigung.

Im Gegensatz zu den spondyloischen Randzacken sind kleine dorsal oder dorso-lateral gelegene Osteophyten von klinischer Bedeutung, da sie auf Nervenstrukturen und das hintere Längsband drücken können. Durch die Veränderungen nähern sich die die betroffene Bandscheibe begrenzenden Wirbelkörper und die Wirbelbögen mit den Gelenkfacetten an, so daß der Recessus lateralis und das Foramen intervertebrale eingeengt werden (enger Recessus lateralis) und ihr Inhalt unter Druck geraten kann. Infolge der Inkongruenz der Gelenkfortsätze entsteht eine Spondylarthrosis deformans. Die Schmerzquelle dieses Facettensyndroms ist die reich innervierte Kapsel der Wirbelbogengelenke.

Neben den erwähnten Bandscheibenaustritten nach vorn und seitlich können Vorwölbungen (Protrusion) oder Vorfälle (Prolaps) durch den Anulus fibrosus (gedeckter Prolaps) und das hintere Längsband (offener Prolaps), das an der Bandscheibe fixiert ist, auftreten. Die Protrusionen führen infolge einer Zerrung des neural gut versorgten hinteren Längsbandes zu Beschwerden im Sinne einer Lumbago. Die dorsolateralen Prolapse bedingen, wenn sie Kontakt mit Nervenwurzeln bekommen, Ischialgien und radikuläre Symptome (Reflexdifferenzen, Sensibilitätsstörungen, Paresen). Dorso-mediale Vorfälle können eine Schädigung der Cauda equina (Reithosen-

anästhesie, Blasen-, Mastdarmlähmungen) zur Folge haben.

Die Halswirbelsäule bietet eine klinisch wichtige Besonderheit. Es sind dies die Processi uncinati, die frühzeitig Randzackenbildung aufweisen können (Unkovertebralarthrose). Diese führen zu einer Einengung des Foramen intervertebrale mit neurologischen Störungen und bei einer Irritation der Arteria vertebralis zu vegetativen Symptomen.

Im Bereich der Lendenwirbelsäule kann es bei einer Hohlkreuzbildung zur Annäherung der Dornfortsätze kommen, so daß durch den knöchernen Kontakt chronische Schmerzzustände entstehen (Baastrup-Syndrom, kissing spine).

Die beschriebenen morphologischen Veränderungen können zu lokalen (Zervalgie, Dorsalgie, Lumbalgie) und ausstrahlenden radikulären (Brachialgie, Interkostalneuralgie) oder pseudoradikulären Schmerzsensationen führen. Pseudoradikuläre Schmerzen sind schmerzhaft Ausstrahlungen, die nicht durch eine Wurzelirritation bedingt sind.

**Halswirbelsäule:** Aufgrund der degenerativen Veränderungen kommt es zu chronisch-rezidivierenden Nackenschmerzen ohne oder mit Ausstrahlung zum Hinterkopf oder zu Schulter und Arm (Brachialgie, Schulter-Arm-Syndrom). Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule kann eingeschränkt sein. Häufig liegen segmentale Blockierungen vor. Die Nackenmuskulatur ist schmerzhaft verspannt. Vegetative Symptome (Schwindel, Ohrensausen, Augenflimmern, Übelkeit) sind möglich. Beim Vorliegen eines weichen (Bandscheibengewebe) oder harten (Osteophyt) Prolapses kommt es zu radikulären Symptomen.

**Brustwirbelsäule:** Degenerative Veränderungen führen zu Dorsalgien oder zu Ausstrahlungen im Sinne einer Interkostalneuralgie. Bandscheibenvorfälle sind außerordentlich selten.

**Lendenwirbelsäule:** Lokalsymptome eines lumbalen Bandscheibenvorfalles sind die Einschränkung der Beweglichkeit (Fixierung),

die Steilstellung (Erecta), die skoliotische Fehlhaltung, die stark verspannte paravertebrale Muskulatur und das positive Dandysche Zeichen (ein paravertebraler Handkantenschlag in Höhe der irritierten Nervenwurzel führt zu ausstrahlenden Schmerzen). Neurologisches Fernsymptom ist das positive Lasègue'sche Zeichen, das auch gekreuzt auftreten kann. Bei Schmerzen nahe dem rechten Winkel wird zusätzlich das Bragard'sche Zeichen geprüft: Werden bei der Dorsalflexion des Fußes infolge der zusätzlichen Ischiadikusdehnung vermehrte Schmerzen geäußert, spricht dies für eine Ischialgie, ansonsten liegt ein Dehnungsschmerz der ischiokruralen Muskulatur sowie der kniegelenksnahen Weichteile vor.

**Röntgendiagnostik:** Neben den Standardaufnahmen in zwei Strahlenrichtungen werden häufig Schrägaufnahmen der Hals- oder Lendenwirbelsäule angefertigt. Sie erlauben eine Beurteilung der Foramina intervertebralia sowie der kleinen Wirbelgelenke. Beim Verdacht auf einen Bandscheibenvorfall wird heute ein CT angefertigt. Die Röntgenstrahlenbelastung läßt sich durch ein Kernspintomogramm vermeiden. Ein Myelogramm wird wegen der bekannten Nachteile (Allergie, Arachnitis mit Verklebungen) nur noch in Ausnahmefällen angeordnet. Der Feststellung einer segmentalen Instabilität dienen Funktionsaufnahmen in frontaler oder sagittaler Richtung.

**Therapie:** In den meisten Fällen wird die medikamentöse Therapie bei Wirbelsäulenschmerzen durch physikalische und krankengymnastische Maßnahmen ergänzt. Beide werden häufig kombiniert eingesetzt. Die erste Maßnahme beim Auftreten eines Vertebralsyndroms ist die Lagerung auf einer möglichst harten Matratze. Das Liegen auf einer Nackenrolle kann günstig wirken. Temporäre Extensionen an der Hals- und Lendenwirbelsäule werden angewendet. Die medikamentöse Behandlung dient der Unterbrechung des Circulus vitiosus "Schmerz-Angst-Muskelverspannung-Bewegungsblockierung-Schmerz". Es kommen Phytotherapeutika, Homöopathika und Vitaminkombinationen zur Anwendung. Die regenerationsfördernde Therapie mit Regeneresen wird speziell mit Osteochondrin S durchgeführt. (siehe Kasuistiken)

**Neuraltherapie/Infiltrationsbehandlung/Schmerztherapie:** Lokalanästhetika können in Form von Weichteilinfiltrationen (paraspinale oder interspinale Injektionen, paravertebrale und epidurale Infiltrationen) an der Wirbelsäule, im Becken-, Sakrum- und Trochanterbereich angewendet werden.

Bewährt haben sich Injektionsmischungen aus 5 ml Lidocain und 5 ml Symphytum cplx. HWS oder LWS, vorzugsweise als paravertebrale Infiltration.

Injektionsmischungen aus 5-10 ml Vertebra cplx. und 2 ml Gnaphalium S zeigen bei rheumatischer Belastung und muskulärem Hartspann gute Ergebnisse. Neurotrope Vitamine (Neurotrat forte Ampullen, Dolor Ampullen) intramuskulär verabreicht, sind in der Mehrzahl der Behandlungen indiziert.

**Wärmeanwendung:** Bei chronischen Schmerzzuständen wird Wärme in Form von Rotlichtbestrahlungen oder Moor/Fango-packungen gut vertragen. Akute Schmerzattacken reagieren günstiger auf lokale Kälteapplikation (Kryotherapie).

**Elektrotherapie:** Sie hat wie die Wärmebehandlung eine verbesserte Durchblutung zum Ziel. Interferenzströme und oder Interferenz-lontophorese haben sich bewährt.

**Massage:** Sie ist eine der ältesten Behandlungsmaßnahmen überhaupt und kann als klassische oder Reflexzonenmassage angewendet werden.

**Manualtherapie/Chiropraktik:** Reversible Funktionsstörungen (Blockierungen) können durch manuelle Handgriffe gezielt beseitigt werden. Durch die vorausgehende manuelle Diagnostik werden krankhafte Befunde im Bereich der Haut, des Bindegewebes, der Muskulatur und der Gelenke festgestellt und durch entsprechende Handgriffe therapiert.

Behandlungsbeispiele zur Therapie von degenerativen vertebraer Erkrankungen.

Orale Medikation:

- |                         |   |
|-------------------------|---|
| entzündlich-arthritisch | - Phönix Hydrargyrum<br>4mal tägl. 20 Tr.                               |
|                         | - Phönix Arthrophön<br>4mal tägl. 20 Tr.                                |
| neuralgisch             | - Neurotrat forte Drg.<br>2-3 mal tägl. 2 Drg.                          |
|                         | - Petadolex Kapseln<br>2-4 mal tägl. 1-2 Kaps.                          |
| rheumatisch-harnsauer   | - Mulsal N Drg.<br>3mal tägl. 3-5 Drg. 90 min. a.c.                     |
|                         | - Finil Tr. und Girha Tr.<br>im tägl. Wechsel 2-4mal tägl.<br>20-40 Tr. |
|                         | - Spondyvit Kapseln<br>1-3 mal tägl. 1-3 Kaps.                          |
| Percutan-Therapie       | - Ammodyn percutan Salbe<br>mehrmals tägl. einreiben                    |
|                         | - Skarabaeolan Salbe<br>mehrmals tägl. auftragen                        |

Behandlungsschema - Regenerationstherapie mit Osteochondrin S und anderen biologischen Therapien:

Medikation (fünfzehn- bis zwanzigmal wiederholt; zweimal wöchentlich)

- |      |   |
|------|---|
|      | 2 Amp. Osteochondrin S (10ml) i.m.  |
| und  | Symphytum complex LWS oder HWS<br>Amp. 5-10 ml und 2-5 ml Impletol<br>Mischspritze i.c. s.c. paravertebral u.a.             |
| oder | Vertebra Amp. 5-10 ml und 2 ml<br>Gnaphalium S.<br>Mischspritze i.c. s.c. paravertebral u.a.                                |
| und  | 1 Amp. Neurotrat forte und 2 Amp. Dolor.<br>Mischspritze i.m., bei starken Schmerz-<br>zuständen zusätzlich 5 ml Petadolex. |
| oder | 1 Amp. Clinit N i.m.  |

Wiederholung der Injektionsserie nach 3 -6 -12 Monaten, je nach Form und Umfang des Krankheitsbildes.

Nachbehandlung - Medikation - nach der Regenerationstherapie mit Osteochondrin S und anderen biologischen Therapien.

Medikation: Anabol Loges Kapseln  
3mal tägl. 2 Kps. 6-12 Wochen  
und/oder Steiropall Tropfen  
3mal tägl. 30 - 50 Tr. ca. 6 Monate  
und/oder Symphytum complex Kapsel LWS oder HWS  
3mal tägl. 1 -3 Kaps. perlingual

Fall 1: weibliche Patientin, 41 Jahre; Vorstellung in der Praxis am 01.03.1993

Anamnese: Im Sommer 1992 kam es zu einer ersten Episode ausgeprägter Lumbalgien, die sich auf konservative Maßnahmen hin besserten. Einige Wochen später strahlten die Beschwerden in das linke Bein über die linke Unterschenkelseite bis in die linke Wade und die Fußwurzel.

Befunderhebung am 01.03.1993:

Neurologisch fällt lediglich eine Reflexabschwächung des ASR links sowie eine geringgradige Taubheit der linkslateralen Fußkante bis in die Zehen D 3 bis D 5 reichend auf. Der linksseitige Lasègue war endgradig positiv bei nur mäßiggradigem Lokalsyndrom. Die Röntgen-Aufnahmen der LWS in 2 Ebenen zeigen eine ausgeprägte Osteochondrose L5/S1. Der Verdacht auf einen Bandscheibenprolaps oder Protrusion lag nahe.

Rezeptur am 01.03.1993 zur Entzündungshemmung und Schmerztherapie:

- Petadolex Kapseln  
3mal tägl. 2 Kaps nach den Mahlzeiten
- Neurotrat forte Drg.

- 3mal tägl. 2 Drg. nach den Mahlzeiten.
- Ammodyn percutan Salbe  
mehrmals tägl. einreiben.

Diese Medikation zeigte leicht positive Ergebnisse.

Am 12.03.1993 Beginn mit der Regenerationstherapie:

- 5 ml Symphytum LWS u. 5 ml Xyloneural paravertebral in Höhe L5/S1 und bds. ins Ileosakralgelenk.
- 10 ml Osteochondrin S i.m.
- 5 ml Petadolex, 2 ml Dolor Amp., 3 ml Neurotrat forte i.d. Mischspritze i.m.

Diese Behandlung zweimal wöchentlich mit begleitenden krankengymnastischen Übungen.

Zur Diagnose und Beweissicherung am 22.03.1993 Anordnung meinerseits einer Computertomographie, mit dem Befund: links medio-lateraler Bandscheibenvorfall in Höhe L5/S1.

Das angeführte Behandlungsschema wurde zwanzigmal angewendet und führte zur Rückbildung der geschilderten Symptomatik.

Nach einem behandlungsfreien Intervall von 4 Wochen wurde eine Nachbehandlung wie angegeben durchgeführt (10 Behandlungen einmal wöchentlich bis Herbst 1993):

5 ml Symphytum LWS u. 5 ml Xyloneural paravertebral bds. in Höhe L5/S1, 10 ml Osteochondrin S i.m..

Die Patientin wurde von mir noch einmal nachuntersucht, die Symptomatik und die Reflexdifferenzierung hatten sich wieder normalisiert.

Fall 2: weibliche Patientin 68 Jahre; Vorstellung in der Praxis am 08.04.1993

Anamnese: Sie habe seit Jahren stärkste Schmerzen der gesamten Wirbelsäule, besonders der Brust- und Lendenwirbelsäule. Sie sei



seit Jahren in ärztlicher und physiotherapeutischer Behandlung, ohne befriedigende Ergebnisse.

Befund: Die Patientin kam in einer ausgeprägten Schmerzschonhaltung, durch einen Gehstock kompensiert, in die Praxis. Muskulärer Hartspann der gesamten Wirbelsäule und solitäre Myogelosen. Die Patientin ist übergewichtig und hat schlechtes Schuhwerk.

Die Röntgen-Aufnahmen zeigen schwerste degenerative Veränderungen der BWS/LWS im Sinne von Spondylosen, Spondylarthrosen, Osteochondrosen und Rotationsskoliose der LWS. Mit der Patientin wurden die Röntgenbefunde besprochen und eine Therapie mit Osteochondrin S und anderen biologischen Maßnahmen angeraten.

Rezeptur am 08.04.1993 zur Entzündungshemmung und Schmerztherapie:

- Phönix Hydrargyrum  
4mal tägl. 30 Tr. in Wasser  
zwischen den Mahlzeiten
- Phönix Arthrophön  
4mal tägl. 30 Tr.  
zwischen den Mahlzeiten
- Neurotrat forte Drg.  
3mal tägl. 2 Drg. p.c.  
nach den Mahlzeiten
- Petadolex Kapseln  
3mal tägl. 2 Kapseln  
nach den Mahlzeiten

Am 20.04.1993 begann die Regenerationstherapie mit 10 ml Osteochondrin S i.m., Vertebra 10 ml und 2 ml Gnaphalium S und 10 ml Symphytum complex LWS und 2 ml Impletol im Wechsel s.c. paravertebral BWS/LWS, 2 Amp. Dolor und Neurotrat forte i.m. Elektrotherapie: WS-Längsdurchflutung (Mittelfrequenz) Endosan/Endodyn 15 Min. mit begleitender Rotlicht-Wärmebestrahlung sowie Schröpfkopfbehandlung und Schröpfkopfmassage im Wechsel. Insgesamt wurden 15 Behandlungen, zweimal wöchentlich durchgeführt.

Die Patientin gab nach der Behandlung an: 70% Schmerzlinderung, ca. 50% Besserung der Bewegungs- und Laufleistung und nahezu aufrechter Gang ohne Gehstock.

Nachbehandlung für ca. 6 Monate, dann Wiederholungsbehandlung wie oben, zusätzlich:

Steirocall Tropfen  
3mal tägl. 30 Tr. nach den Mahlzeiten

Schlußbetrachtung:

Es besteht Einigkeit darüber, daß mit den derzeitigen Nachweismethoden der Therapieerfolg regenerationsfördernder Substanzen im Einzelfall schwer objektivierbar ist.

Was dagegen nachweisbar und statistisch zu belegen ist, sind subjektive Angaben von Patienten über eine Besserung des Beschwerdebildes und eine Linderung der Symptomatik.

Die subjektive Einschätzung durch den Patienten kann in vielen Fällen durch die vom behandelnden Therapeuten erhobenen objektiven Parameter gestützt werden.

Ein wichtiges Anliegen meinerseits ist es, dem Patienten erst einmal die durch die Krankheit verursachten Schmerzen zu lindern. Sie sind dann für die Regenerationstherapie, die manchmal doch sehr langwierig sein kann, wesentlich aufgeschlossener.

Ich hoffe, daß ich Ihnen einen Einblick in mein therapeutisches Vorgehen vermitteln konnte und möchte Sie ermutigen, in Ihre künftigen Therapie- und Regenerations- bzw. Revitalisierungspläne die Regeneresen zu integrieren.

Ich wünsche Ihnen, und ihren Patienten ähnlich positive Therapieergebnisse, wie ich sie aus meiner Praxis berichten konnte.

## Diskussion:

**Frage:** *Sie spritzen die Regeneresen in den äußeren Quadranten des oberen Glutaeus. Warum verwenden Sie diese veraltete Methode und injizieren nicht in den Glutaeus medius?*

**Antwort:** Es muß sich natürlich keiner an meine Vorschläge halten, aber eine möglichst tiefe intramuskuläre Injektion hat sich in meiner Praxis bewährt. Osteochondrin S spritze ich zum Beispiel auch mit einer langen Dentalkanüle, weil diese sehr dünn ist und dem Patienten Schmerzen erspart.

**Frage:** *Aber es besteht doch die Gefahr den Ischiasnerv zu treffen, denn der sitzt ja nicht bei jedem an der gleichen Stelle und ist immerhin fingerdick.*

**Antwort:** Man muß vorsichtig sein, aber mit folgender Methode, die sich sehr gut bewährt hat, kann man problemlos tief intramuskulär injizieren. Sie legen den Daumen auf den Trochanter major und den Zeigefinger auf Spina iliaca anterior superior und spritzen in den dazwischenliegenden Bereich tief intramuskulär.