

Naturheilkundliche Infektionsprophylaxe bei COPD



Naturheilkundliche Infektionsprophylaxe bei COPD

Raucherentwöhnung, bakterielle Immunstimulation und Lungentraining

Dr. Lilian Schoefer

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist weit verbreitet. Derzeit leiden acht bis zwölf Prozent der Deutschen darunter. Obwohl die Erkrankung häufiger ist als Asthma, Lungenentzündung und Lungenkrebs zusammen, wird sie nicht ausreichend wahrgenommen. Die Ignoranz hat Folgen: Jeder weitere Infekt verschlechtert bei den Betroffenen den Zustand des Lungenepithels. Der Infektionsprophylaxe kommt deshalb eine besondere Rolle zu. In der Naturheilkunde bietet die Mikrobiologische Therapie die Möglichkeit, die Infektionsrate bei Patienten mit COPD zu senken.

Zurzeit ist die COPD die weltweit vierthäufigste Todesursache, bis zum Jahr 2020 hat sie Prognosen zufolge den dritten Platz der am häufigsten zum Tode führenden Erkrankungen eingenommen. Trotz der Bedrohung und der weltweit etwa 600 Millionen Erkrankten wird die COPD noch zu selten diagnostiziert:

Nach aktuellen Schätzungen werden derzeit 80 Prozent der COPD-Patienten nicht erkannt.

Für die Patienten ist das fatal, denn die Infektionsprophylaxe ist für die Erkrankten besonders wichtig.

Entstehung und Symptome

Die COPD entsteht auf dem Boden einer einfachen chronischen Bronchitis. Charakteristisch für eine COPD ist eine progrediente Atemwegsobstruktion, die auch nach Gabe von Bronchodilatoren oder Kortikosteroiden nicht vollständig zurückgeht. Ansonsten sind die Symptome die gleichen wie bei einer einfachen chronischen Bronchitis: chronischer Husten, Auswurf und Atemnot. Auch das Lungenemphysem wird heute zur COPD gezählt.

Die Trennung der beiden Krankheitsbilder ist wichtig, da sich bei der COPD die Lungenfunktion und damit das Befinden des Patienten zunehmend verschlechtern. Bei allen Patienten mit den entsprechenden Symptomen ist deshalb eine Lungenfunktionsanalyse angeraten. Sinnvoll ist es auch, die Risikofaktoren des Patienten zu prüfen. Das Zigarettenrauchen ist in Deutschland der

wichtigste Risikofaktor, nach 20 Jahren Rauchen kommt es in etwa 15 bis 20 Prozent der Fälle zu einer COPD.

Raucherberatung ist wichtig

Der Verzicht auf Zigarettenrauchen ist die wirksamste Einzelmaßnahme, um das COPD-Risiko zu verringern und das Voranschreiten der Erkrankung aufzuhalten. Auch wenn die Rückfallrate mit etwa 80 Prozent nach einem Jahr hoch ist, lohnt sich eine kurze Beratung zur Raucherentwöhnung. Immerhin 5 bis 10 Prozent der Raucher hören daraufhin mit dem Rauchen auf. Verhaltenstherapeutische Programme und eine Nikotinersatztherapie mit nikotinhaltenen Pflastern, Kaugummi oder sublingualen Tabletten können das Rückfallrisiko deutlich senken. Die Nikotinersatztherapie sollte aber nicht länger als acht Wochen anhalten. Kontraindikationen sind eine instabile koronare Herzerkrankung, unbehandelte Magengeschwüre sowie Herzinfarkte und Schlaganfälle, die innerhalb der letzten vier Wochen auftraten.

Die Therapie der COPD zielt darauf ab, die Symptome zu verbessern, die körperliche Leistungsfähigkeit zu steigern und damit die Lebensqualität anzuheben. Die Lungenfunktion lässt sich allerdings nicht normalisieren.

Kommt es zur Diagnose einer COPD, wird meist klassisch mit Bronchodilatoren wie Beta-2-Sympathomimetika und mit inhalativen oder systemischen Glukokortikoiden therapiert. Die Kombination von zwei Bronchodilatoren kann dabei noch größere bronchienerweiternde Effekte erzielen. Systemische Glukokortikoide sind dagegen nur bei akuten Verschlechterungen angezeigt.

Immunstimulation zur Infektionsprophylaxe

Jeder Infekt der Bronchien kann bei Patienten mit COPD die Mukosa und Submukosa weiter ausdünnen und ganze Areale der Bronchien zum Kollabieren bringen. Um das Voranschreiten der Erkrankung zu verhindern, sollten geeignete Maßnahmen ergriffen werden, um weitere Infektionen der Bronchien zu vermeiden. Eine Möglichkeit ist die Mikrobiologische Therapie:



Dr. Lilian Schoefer

ist Biologin mit den Schwerpunkten Mikrobiologie und Biochemie und Absolventin der Deutschen Fachjournalistenschule in Berlin. Sie hat am Deutschen Institut für Ernährungsforschung in Potsdam promoviert und ist seit 2007 am Institut für Mikrobiologie in Herborn tätig.

Kontakt:

Bahnhofstraße 13, D-35745 Herborn

Bakterienhaltige Präparate können das Mukosa-assoziierte Immunsystem stabilisieren und dauerhaft stärken.

Arzneimittel mit dem natürlichen Darmbakterium *Enterococcus faecalis* in hoher Konzentration und Reinkultur sind dafür besonders geeignet. Eine Studie belegt die Wirksamkeit bei der Behandlung von Patienten mit chronisch-obstruktiver Bronchitis. [1] An der Studie nahmen 136 Patienten mit anamnestisch gesicherter COPD teil. Die Probanden erhielten über sechs Monate dreimal täglich 30 Tropfen eines bakterienhaltigen Präparats (hier: Symbioflor®1). Darauf folgte eine achtmonatige Nachbeobachtungsphase. Die placebokontrollierte Doppelblindstudie zeigte, dass es unter Verum nur bei 39 Patienten zu einem Rezidiv kam – im Vergleich zu 66 Rezidiven unter Placebo (Abb. 1). Die Zeitspanne bis zum Auftreten des ersten Rezidivs war mit 699 Tagen unter Verum deutlich länger als unter Placebo mit 334 Tagen (Abb. 2). In der Verumgruppe benötigten nur vier Patienten eine antibiotische Behandlung, im Vergleich zu 13 Patienten unter Placebo.

Regulation am Darm-assoziierten Immunsystem

Die Wirkung der Bakterien wird über das Darm-assoziierte Immunsystem vermittelt. Denn im Darm treten die natürlichen bak-

teriellen Bewohner in engen Kontakt mit dem Immunsystem. Schlüsselzellen wie die M-Zellen und die dendritischen Zellen erkennen die Bakterien über spezielle Rezeptoren. Als Reaktion bilden die dendritischen Zellen verstärkt das Enzym Stickoxidsynthase. Das Enzym programmiert die B-Zellen um, sodass sie später statt anderer Antikörperklassen verstärkt das sekretorische Immunglobulin A (sIgA) produzieren. Die aktivierten B-Zellen differenzieren zu Plasmazellen aus und treten über den Ductus thoracicus in den Blutstrom ein. So verteilen sie sich auf die verschiedenen Schleimhautbereiche des Körpers. Dort bilden die umprogrammierten Plasmazellen IgA – statt anderer Antikörperklassen.

Durch die Wanderung der Immunzellen sezerniert nicht nur die Darmschleimhaut vermehrt sIgA, sondern auch die des Nasenrachenraums und des Bronchialtrakts. Das sIgA bindet an Bakterien, Viren oder Pilze und verhindert so deren Adhäsion an die Schleimhaut; anschließend wird das Sekret samt sIgA und gebundenen Krankheitserregern abtransportiert.

Bei Patienten mit COPD ist eine verstärkte sIgA-Produktion hilfreich, da die Funktionsfähigkeit des Flimmerepithels und damit die körpereigene Reinigung der Bronchien eingeschränkt sind.

Die Bronchien aktiv halten

Nicht nur die Funktion des Immunsystems an der Bronchialschleimhaut, auch die Leistungsfähigkeit der Bronchien sollte bei Patienten mit COPD gesteigert werden bzw. erhalten bleiben. Deshalb sind körperliche Betätigung, Physiotherapie und Atemtraining wichtige Elemente der Therapie. Für Patienten mit COPD eignen sich Betätigungen wie Nordic-Walking, Fahrradfahren, leichtes Joggen und therapeutisches Treppensteigen besonders gut. Spezielle Trainingseinheiten und Kraftübungen können die Atem- und die Atemhilfsmuskulatur stärken. Der Patient sollte jedoch langsam einsteigen und sich nicht zu schnell steigern. Wenige Minuten Training mehrmals täglich reichen anfangs aus. Eine Aufwärmphase ist für Patienten mit COPD besonders wichtig, um die Atemmuskulatur zu entspannen.

Atemtechniken wie die „dosierte Lippenbremse“ erweitern die Atemwege und erleichtern die Atmung während des Trainings.

Hierbei atmet der Patient langsam gegen den Druck der locker geschlossenen Lippen aus. Das bremst den Atemstrom und hält die Bronchien geöffnet. Nach dem Training verhindern Dehnübungen, dass es zu Verkramp-

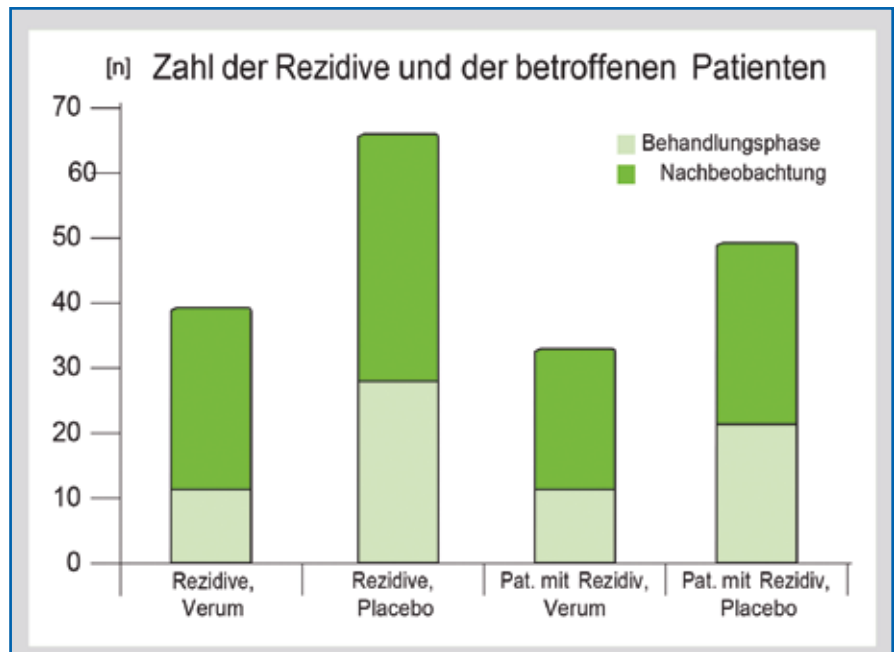


Abb. 1: Absolute Häufigkeit der Rezidive unter Verum und Placebo sowie die Zahl der in der jeweiligen Behandlungsgruppe betroffenen Patienten unter Therapie bzw. Nachbeobachtung.

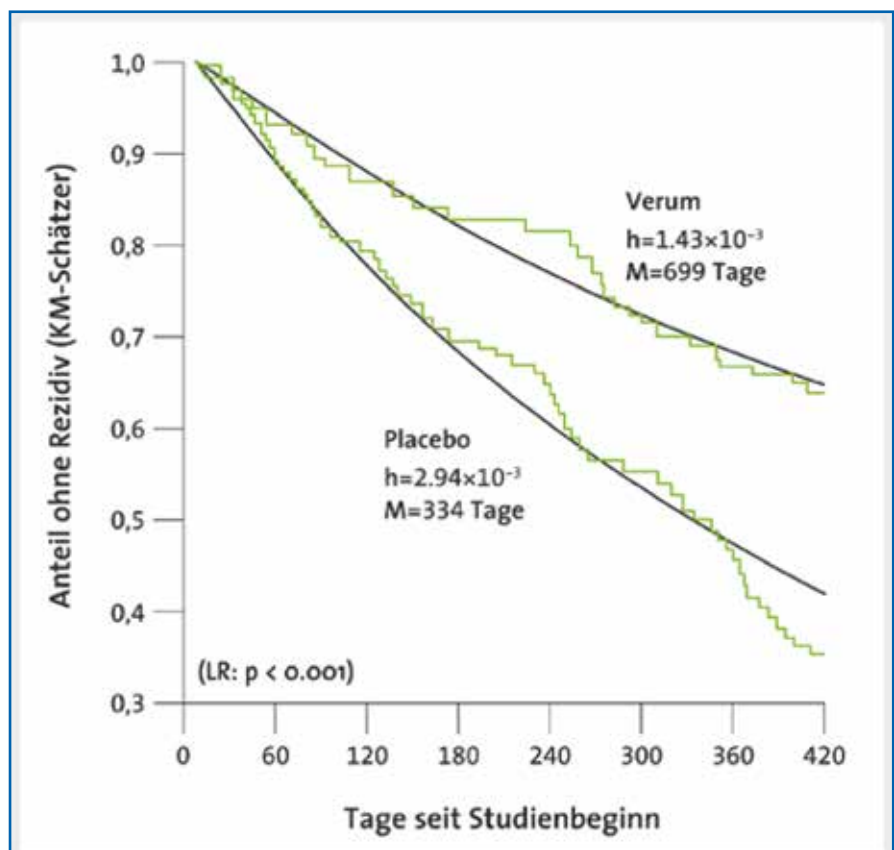


Abb. 2: Zeitspanne vom Studienbeginn bis zum Auftreten des ersten Rezidivs. KM: Kaplan-Meier, LR: Log Rank Test.

fungen kommt. Es bedarf einer Reihe von Maßnahmen, um das Fortschreiten der COPD zu verhindern. Doch für die Patienten kann so die Lebensqualität gehalten oder sogar verbessert werden. Das Ziel muss es sein, die Entstehung einer COPD frühzeitig zu erkennen, um so früh wie möglich therapeutisch einzugreifen.

Literaturhinweis

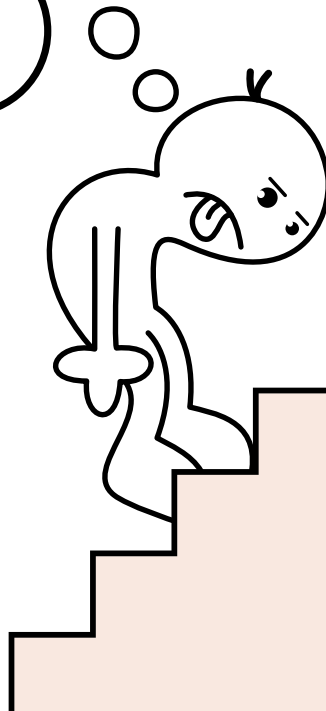
- 1) Habermann W. et al.: Einfluss eines bakteriellen Immunstimulans (*humane Enterococcus faecalis*-Bakterien) auf die Rezidivhäufigkeit bei Patienten mit chronischer Bronchitis. *Arzneim.-Forsch.* 2001; 51(II): 931-937.

Bei chronischen Erkrankungen der oberen und unteren Atemwege

SYMBIOFLOR® 1

Vor
Rezidiven
schützen

1%



**SYMBIO
PHARM**

SymbioPharm GmbH
Auf den Luppen 10
D-35745 Herborn

www.symbiopharm.de

fotolia: figur hat akku leer © GIZGRAPHICS

Symbioflor® 1 Zusammensetzung: Symbioflor® 1: 1 ml (12 Tropfen) Suspension enthält: Bakterienkultur (1,0 ml) mit Enterococcus faecalis Bakterien (DSM 16440, Zellen und Autolysat) entsprechend $1,5-4,5 \times 10^7$ lebenden Zellen. **Anwendungsgebiete:** Zur Verminderung der Rezidivrate bei wiederkehrenden Infektionen der oberen und unteren Atemwege, besonders bei Entzündungen der Nebenhöhlen (Sinusitis) und der Bronchien (Bronchitis). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Symbioflor® 1 ist im Allgemeinen gut verträglich. Es können jedoch folgende Nebenwirkungen auftreten: Sehr selten: Hautreaktionen, Urticaria, Pruritus, Exantheme, Angio-ödem, Kopfschmerz, Mundtrockenheit, Magenschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe. **Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten:** Antibiotika können die Enterococcus faecalis-Bakterien hemmen und somit die Wirksamkeit dieses Arzneimittels abschwächen. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung:** Symbioflor® 1 ist nicht zur symptomatischen Therapie akuter Atemwegserkrankungen geeignet. Patienten mit der seltenen hereditären Galaktose-Intoleranz, Laktase-Mangel oder Glukose-Galaktose-Malabsorption sollten Symbioflor® 1 nicht anwenden. An Patienten unter 18 Jahren und über 65 Jahren liegen keine kontrollierten Studien vor.