

Sonderdruck aus

Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren

23. Jahrgang
Heft Nr. 4/82
Seite 218—222

Physikalische Medizin und Rehabilitation
Organ des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren e. V.

B. Schnellen Hyposensibilisierung – Gegensensibilisierung*



MEDIZINISCH LITERARISCHE VERLAGSGESELLSCHAFT MBH · UELZEN

B. Schnellen Hyposensibilisierung – Gegensensibilisierung*

Zusammenfassung

Bei der Diagnose und Therapie von Allergien und Autoaggressionen ist zu bedenken, daß nicht nur artspezifische, austestbare Proteinmoleküle deren Ursache sein können, sondern auch deren Fragmente oder denaturiertes körpereigenes Eiweiß. Hyposensibilisierungen sind nur sinnvoll bei erkannten Einzelallergien.

Die Gegensensibilisierung, eine modifizierte Eigenblutbehandlung nach Theurer, erfaßt alle Krankheitsfaktoren im Patientenblut, also auch unbekannte Antigene und Antikörper. Sie vereinigt die Vorteile der Hyposensibilisierung mit denen einer Eigenblutkur.

Summary

In the diagnosis and therapy of allergies and autoaggressions it has to be considered that these may not only be caused by specific protein molecules which can be determined by tests but also by fragments of such protein molecules or denatured protein of the body itself. Hyposensitizations are only expedient in case of recognized individual allergies.

The counter-sensitization, a modified treatment according to Theurer in which own blood is applied, affects any factors of the disease, i. e. also unknown antigens and antibodies. It combines the advantages of hyposensitization with those of a treatment in which own blood is applied.

Die Vorstellung spezifischer Beziehungen zwischen den Antigenen und den durch sie induzierten Antikörpern gehört zu den Grundlagen der Diagnostik und der Therapie allergischer Erkrankungen. Auf ihr beruhen alle Tests und nachfolgenden Hyposensibilisierungskuren.

Aber selbst die kühnsten Erfolgsschilderungen können nicht darüber hinwegtäuschen, daß deren Therapieergebnisse häufig nicht befriedigen. Für die Erfolgsaussichten von Hyposensibilisierungskuren in der Praxis gilt nämlich: Je kleiner die Zahl der Allergene, desto besser. Eine Immuntherapie mit ein oder zwei Substanzen hat die besten Aussichten (2). In den übrigen Fällen spricht man nur von Besserung oder Linderung.

Warum ist das so? Weil bei jeder Allergie die Gefahr besteht, daß neben den ausgetesteten Antigenen auch nicht austestbare, in der Natur nicht vorkommende Proteinmoleküle Antikörper induziert haben und an denen geht die Hyposensibilisierungskur wirkungslos vorbei. Es sind durch Enzymeinwirkungen entstandene Fraktionen natürlicher Proteinmoleküle oder denaturiertes, ehemals körpereigenes Eiweiß (12). Diese Gefahr ist bei Mehrfachallergikern

immer vorhanden. Nur bei durch Zufall erworbenen Einzelallergien ist sie gering.

Ein Eiweißmolekül muß aber nicht artspezifisch sein, also von einer bestimmten Spezies stammen, um als Antigen wirken zu können. Die Artspezifität ist molekularbiologisch gesehen bereits etwas Sekundäres, eine Weiterentwicklung. Es muß nur von einem Individuum erstens noch als Eiweiß und zweitens als fremd empfunden werden (7). Man kann experimentell schon mit einfachsten Random-Kopolymeren, das heißt zufälligen Mischungen linearer oder verzweigter Polymere, etwa ab Molekulargewicht 4000, Antikörper induzieren. Auch mit synthetischen Poly-alpha-Aminosäuren ist bereits eine Sensibilisierung beim Menschen gelungen (1). Wahrscheinlich kann jede Aminosäuregruppe, die imstande ist, zwei Immunglobulinmoleküle zu binden, schon Antikörperbildungen induzieren. Das heißt also, wenn ein Großmolekül schon mehrfach gespalten ist, sind seine Bruchstücke immer noch potentielle Antigene.

Die unspezifischen Allergien

Die durch diese hervorgerufenen Krankheiten sind natürlich auch Allergien und treten ihrem Charakter nach als Sofort-, Früh- oder Spätreaktionen auf. Ich möchte sie aber „unspezifische Allergien“ nennen, weil sie mit speziellen Testverfahren nicht diagnostiziert und deshalb mit einer speziellen Behandlung, etwa einer Hyposensibilisierung auch nicht therapiert werden können. Die Bezeichnung unspezifisch zeigt nur den Charakter des Antigens als normalerweise nicht vorkommend an. Die Antigen-Antikörperbeziehungen sind hier natürlich ebenfalls weitgehend eigenspezifisch. Abgesehen davon, daß spezifische und unspezifische Allergien, besonders bei Atopikern mit ihrer angeborenen Abwehrschwäche nebeneinander bestehen können, erkennt man die reinen unspezifischen Allergien am klinischen Bild. Urtikaria, Prurigo simplex, Lichen simplex, Dysidrose usw., aber auch Ekzeme verlaufen milder, dagegen viel rezidivfreudiger. Je unspezifischer ein Antigen, desto größer ist die Gefahr einer Sofortreaktion mit noch vorhandenen Antikörpern aus anderen Vorgängen. Bei Random-Polymeren genügt es wahrscheinlich, daß die Determinanten zueinander passen. Unspezifische Allergien können auch relativ leicht ausheilen, wenn die Antigene nicht immer wieder neu zugeführt werden. Je unspezifischer diese sind, desto instabiler sind die von ihnen induzierten Antikörper. Bei Antigenen mit geringem Molekulargewicht halten sie sich nur wenige Wochen. Bei spezifischen Antigenen entsprechend länger bis lebenslang, bzw. ins hohe Alter.

Die meisten unspezifischen Antigene, also Bruchstücke natürlich vorkommender Eiweißmoleküle stammen aus der Nahrung. Sie gelangen in den Körper durch Persorption (11, 13), das ist eine einfache interstitielle Durchwanderung der überdehnten Darmschleimhaut, z. B. bei Meteorismus oder durch Malabsorption, weil die Lysosome und Phagolysosome in den Epithelzellen, Makrophagen und Granulozyten

* Nach einem Vortrag auf der Ärztlichen Fortbildungsveranstaltung im Saarland, 25. 2. 1981.

usw., die Abwehrmechanismen des Immunsystems insuffizient sind, sei es angeboren bei Atopikern oder es werden, z. B. durch Überlastung (4).

In letzterem Fall ist die Ursache gewöhnlich eine Gärungsdyspepsie. Sie macht Blähungen und stört die Eiweißverdauung bis hin zu einer chronischen Pankreatitis. Deshalb empfiehlt sich als Prophylaxe in solchen Fällen neben der Schaffung physiologischer Verhältnisse in Magen und Darm eine gärungsarme Diät (6).

Allgemein kann gesagt werden: Eine mangelhafte Eiweißverdauung oder Aufspaltung, also nicht bis in Einzelamino-säuren, wie sie eben als ursprünglich und normal anzusehen ist (3) und Malabsorptionen oder Persorptionen ganzer Moleküle schaffen je nach Größe und Spezifität dieser Moleküle die Voraussetzung für das Zustandekommen von Allergien, sowohl von spezifischen, als auch von unspezifischen.

Die Malabsorption durch Insuffizienz der Phagolysosome gilt abgewandelt ebenfalls für die Schleimhaut der Luftwege. Warum sollen nicht bei einer Pollinosis auch oder nur Bruchstücke von Pollenmolekülen resorbiert werden?

Pathologisch gesehen geschieht das natürlich wieder angeboren bei Atopikern mit ihrer Abwehrschwäche in Lysosomen der Epithelzellen oder auch infolge wiederholter Überlastungen. Die Falschresorption von ganzen Pollenmolekülen oder ihren Bruchstücken ist einzeln oder gemeinsam möglich. So erklären sich die vielen negativen Ausfälle spezifischer Tests oder mißglückter Therapieversuche mit Hyposensibilisierungskuren auch bei Inhalationsallergien. Schließlich aber können auch der Rückstau von enzymatisch veränderten, ehemals körpereigenen Proteinmolekülen oder von Abbauprodukten fremder Eiweiße in die Lymphbahnen bei mangelnder Phagozytose unspezifische Allergien hervorrufen. So entstehen chronische Gelenkerkrankungen und andere Autoaggressionen und die Sensibilisierungen oder Abdeckeffekte bei *Ulcus cruris*, bei *Otitis externa*, *Intertrigo*, *Dyshidrose* und *Interdigitalmykosen* usw.

Deshalb genügen hier als Therapie häufig die Wiederherstellung einer normalen Wundsekretion oder die Wiederherstellung des sauren Fettschutzmantels der Haut. Intakte Abwehrmechanismen verhindern das Eindringen von Fremdmolekülen in den Körper sowohl durch die Schleimhaut, als auch durch die Haut, und zwar trotz vorhandener durch frühere Einbrüche induzierter Antikörper. Das ist eine wesentliche therapeutische Erkenntnis (5).

Desensibilisierung

Wie aber kommt man mit der Desensibilisierung weiter? Alles andere ist schließlich nur Prophylaxe!

Es gibt seit vielen Jahren gute Erfolge mit der Eigenbluttherapie bei allergischen Erkrankungen.

Wie ist das zu erklären? Sicher nicht einfach als Reizkörpertherapie. Dagegen sprechen allein schon die wechselnden, manchmal verblüffenden, manchmal auch schleppenden Erfolge (8).

Wenn wir uns vorstellen, daß sich im Eigenblut eines Allergikers sowohl die sensibilisierenden Moleküle als auch die Antikörper und deren Bildner, kurz Lymphozyten, Immunglobuline usw. befinden, ist der Gedanke einleuchtend, daß es sich hier um eine „Blinddesensibilisierung“ handeln muß, und zwar „blind“ in doppeltem Sinn, nämlich einmal, weil sämtliche Antigene mit ihren Antikörpern, austestbare und nicht austestbare, insgesamt erfaßt werden und zum anderen, weil wir über den momentanen Abwehrzustand des Individuums nichts wissen. Letzteres kann sich positiv oder negativ auf den Heilerfolg auswirken, je nachdem, wie weit der Prozeß der Antikörperbildung schon fortgeschritten ist. Es begründet aber auch die gewisse therapeutische Unsicherheit, die einer Eigenblutkur anhängt.

Diese Unsicherheit konnte *Theurer* mit einer modifizierten Eigenbluttherapie, der von ihm inaugurierten „Gegensensibilisierung“ weitgehend beseitigen (9, 10), soweit eine Anreicherung von Antikörperfaktoren im individuellen Fall überhaupt möglich ist.

Gegensensibilisierung — Eigenbluttherapie

Theurer hat Ende der 50er Jahre eine Methode entwickelt, die die Vorteile von Hyposensibilisierungen und von Eigenblutkuren miteinander vereinigt und ihnen die Unsicherheit nimmt. Bei der Gegensensibilisierung müssen die Antigene nicht bekannt sein. Man kann auf Tests verzichten und erreicht dennoch mit Sicherheit alle krankheitsspezifischen Faktoren im Patientenblut, und zwar sowohl bei exogenen Allergien mit spezifischen und unspezifischen Antigenen, als auch bei Autoaggressionen und Transplantationen.

Die Ausführung ist denkbar einfach. Patientenblut wird nach *Theurer* behandelt und wie bei einer Desensibilisierung in hohen, langsam abnehmenden Verdünnungen injiziert. Die Frage ist nur, wann man das Blut am besten abnimmt. Bei akuten Allergien dürfte der günstigste Zeitpunkt mit dem Höhepunkt der Eosinophilie im Blut zusammenfallen, bei chronischen ist es wahrscheinlich ein akuter Schub. Eins allerdings verhindert die Gegensensibilisierung auch nicht, und das darf man ihr nicht anlasten. Menschen mit angeborener oder erworbener Abwehrschwäche, also Atopiker und Mehrfachallergiker können sich nach erfolgreicher Gegensensibilisierung natürlich jederzeit, theoretisch sogar während der Kur gegen andere Proteinmoleküle oder deren Fraktionen sensibilisieren. Weiteren Gegensensibilisierungen steht aber nichts entgegen.

Literatur

1. *Berendes, U.*: Synthetische Poly-alpha-Aminosäuren: Sensibilisierung beim Menschen. Tagung Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Forschung, Düsseldorf, November 1973.
2. *Kersten, W.*: Hyposensibilisierung statt Corticoid-Therapie. *Praxis-Kurier* 25,8 (1980).
3. *Merker, H. J.*: Morphologische Grundlagen der Resorption und Sekretion. *Therapiewoche* 18, 10, 388 (1968).
4. *Schmid, F.*: Mechanismen der körpereigenen Abwehr. *Physikalische Medizin und Rehabilitation* 8, 9 (1968).
5. *Schnellen, B.*: Therapie und Prophylaxe allergischer Krankheiten. *Selecta* 43, 3350 (1971).

6. *Schnellen, B.*: Funktionelle Dyspepsien als Ursache unspezifischer Allergien. *Selecta* 14, 1316, (1972).
7. *Schnellen, B.*: Die unspezifischen Allergien. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 10, 656, 1979.
8. *Schwarz, P.*: Über die Modifikation der Eigenblutbehandlung nach Theurer. *Der Landarzt* 30, 1576, (1971).
9. *Theurer, K.*: Modifikation der Eigenblutbehandlung — die Gegensensibilisierung und die Behandlung mit Antikörperfragmenten. *Physikalische Medizin und Rehabilitation* 15, 12, 266 (1974).
10. *Theurer, K.*: Antigen-spezifische Immunsuppression. *Ärztliche Praxis* 78, 2286 (1978).
11. *Volkheimer, G.*: Das Phänomen der Persorption von Stärkekörnern. *Die Stärke*, 20, 117, 1968.
12. *De Weck, A. L.*: Was ist ein Antigen? *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 3, 122, 1967.
13. *Wortmann, F.*: Orale Desensibilisierung. *Allergologie* 5, 243, 1979.

Anschrift des Verfassers: Dr. med. B. Schnellen, Württ. Bau-Berufsgenossenschaft, Nordbahnhofstraße 115, D-7000 Stuttgart 1.