

## Mögliche Störherde

Die Beschäftigung mit der wissenschaftlichen Seite der Störfelder ist sicherlich hochinteressant. Für die Praxis noch wichtiger scheint mir jedoch das Wissen um die **Möglichkeit von Störherden** überhaupt, das Erkennen des „führenden“ Herdes durch eine geeignete Diagnostik und dessen gezielte Beseitigung (1).

Nach dem heutigen Stand des Wissens teilen wir ein in

- chronisch entzündliche Störherde,
- Herde im Zahn-Mund-Kiefer-Bereich (wobei diese manchmal auch unter die chronisch entzündlichen Herde zu rechnen sind),
- Narbenstörherde,
- Darmdysbiosen,
- Materialunverträglichkeiten, Fremdkörper (zahnärztliche Materialien, Prothesen, Implantate, Nahtmaterial etc.),
- Giftbelastungen (Nahrungs-, Wohn-, Umweltgifte etc.).

Als Störfelder im weitesten Sinne bzw. Störung der körpereigenen Regulation sind sicherlich auch **psychische Belastungen** und **Stress** zu betrachten (so genannte psychische Störfelder). Auf die so genannten „Störfelder von außen“ wie z. B. elektromagnetische Belastungen (Elektrosmog) soll im Rahmen dieses Buchs nicht näher eingegangen werden.

### Chronisch entzündliche Störherde

Chronisch entzündliche Störherde, wie z. B. eine Kieferhöhlenaffektion, können den Körper in eine ständige Entzündungsbereitschaft versetzen und damit die bereits ausführlich besprochene Krankheitsbereitschaft unterhalten.

- Kiefer- und Stirnhöhlen,
- chronisch entzündete Tonsillen,
- Zähne – ausführliche Besprechung s. S. 14,
- Kiefergelenke (z. B. bei entzündlicher Überlastungsreaktion wegen Fehlgebisses),

- chronische Adnexitis,
- chronische Prostatitis,
- chronische Appendizitis,
- chronische Reizung der Uterusschleimhaut durch Spirale etc.,
- chronisch entzündete Gallenblase,
- eventuell Gallensteine mit entzündlicher Begleitreaktion,
- chronische Pankreatitis,
- entzündlich veränderte Hämorrhoiden u. a. m.,
- chronische körperliche Abwehrreaktionen wie Granulome, Tbc-Tuberkel.

Die meisten der oben aufgeführten Störfeldmöglichkeiten sind dem Patienten oft gar nicht bewusst. Sie werden deshalb in der üblichen Anamnese häufig nicht erfasst. Eine effiziente Herddiagnostik kann sie jedoch aufdecken.

### Nasennebenhöhlen

#### Kieferhöhlen

Die anatomisch ungünstige Form der Kieferhöhlen mit dem über Bodenniveau gelegenen Ausgang und dem daraus folgenden „Sackgaseneffekt“ führt häufig zu einer chronischen Infektion, die sich klinisch nicht zu manifestieren braucht und oft genug auch im Röntgenbild nicht zu sehen ist (nach *Lechner* sind sogar nur 30–40 % der erkrankten Kieferhöhlen röntgenologisch zu erkennen) (22, 23). Bei vielen Patienten „hängt“ es tatsächlich einzig und allein an einer solchen nicht erkannten Kieferhöhlenproblematik mit ihrer starken Störherdwirkung.

Es besteht eine energetische Verbindung des Darms zu den Kieferhöhlen. In der Praxis wird dieser Zusammenhang sehr häufig beobachtet und ist gerade bei Kindern mit „Dauerschnupfen“ und ständigen Otitiden besonders wichtig: Sie haben fast alle ein so genanntes Darm-

stölfeld (s. S. 28). Eine mögliche Erklärung bietet der Verlauf des Dickdarmmeridians, der zu den Kieferhöhlen führt. Andererseits können chronisch gereizte Kieferhöhlen (z. B. bei einer Amalgambelastung) ihrerseits wieder zu einer Störung des Magen-Darm-Trakts führen. Dieser Pingpong-Effekt mündet in einen Circulus vitiosus.

## Siebbeinzellen

Bei Neugeborenen sind Kieferhöhle und Siebbeinzellen nur klein, Stirn- und Keilbeinhöhle noch gar nicht vorhanden. Ein Herdgeschehen der Nebenhöhlen manifestiert sich bei Kindern und Säuglingen vorzugsweise in den Siebbeinzellen. Das Wachstum der Nebenhöhlen ist erst zwischen dem 15. und 20. Lebensjahr beendet. Für die Herdsuche und -therapie ist es nützlich, diese Entwicklung zu kennen.

## Tonsillen

An dieser Stelle möchte ich dem Leser ein (vielleicht etwas überspitzt formuliertes) Zitat von *Volkmer* nicht vorenthalten: „Die Tonsillen sind kein Organ, das von der Natur dafür konzipiert wurde, die Belegbetten von Hals-Nasen-Ohren-Ärzten zu füllen. Die Evolution leistet sich nicht den Luxus, unnütze Organe beizubehalten“ (49).

Die Gaumenmandeln sind mit den in ihren Krypten gebildeten Lymphozyten ein Teil der Körperabwehr. Außerdem kommen sie in Kontakt mit Atemluft und Speisebrei, wo sie eine direkte Kontrollfunktion ausüben.

## Chronisch veränderte Tonsillen

Falls eine akute Tonsillitis ständig rezidiert bzw. nicht richtig ausheilt, spricht man von Stölfeld (chronisch veränderte Tonsillen). Chronisch beinhaltet immer den Faktor Zeit:

- lange Entstehungsphase,
- ständige Anforderungen an die Abwehrbereitschaft des Körpers,
- Abgrenzungsprobleme,

- Beeinträchtigung des energetischen Flusses im Körper,
- Ablagerung von Toxinen etc.

All dies sind Phänomene, die eng an den Inhalt der Begriffe „Herd“ oder „Stölfeld“ geknüpft sind!

Noch in den 60er Jahren führte man in derartigen Fällen eine Tonsillotomie durch, d. h. es wurde nur der herausragende Teil der Tonsillen exzidiert. Diese Methode zeigt jedoch einige gravierende Nachteile, so dass man schon seit längerem von ihr abgerückt ist: Sie führte zu Vernarbungen, so dass der aus der Tiefe der Krypten gerichtete Sekretstrom behindert wurde. Außerdem blieben Streptokokken-Herde nach wie vor in der Tiefe bestehen. Bei der Herdsuche sollte man also fragen, wie die Mandeln entfernt wurden (falls dem Patienten erinnerlich).

## Appendix

### Stase erhöht Infektionsgefahr

Ähnlich wie die Tonsillen ist der Wurmfortsatz ein lymphatisches Organ, und genau wie diese sitzt auch er an einer strategisch wichtigen Durchgangs- oder Übergangsstelle. Am Übergang von Dünndarm zu Dickdarm verhindert zwar die Bauhin-Klappe einen Reflux des Darminhalts. Es kann hier jedoch durch dessen erneuten Aufwärtstransport zu Stillstand und Stauung kommen. Ähnlich einem stillen Gewässer besteht an dieser Stelle größere Infektionsgefahr. Gerade hier ist also eine verstärkte Aktivität des Immunsystems gefordert.

### Chronische Appendixaffektion

Sehr zum Erstaunen der betroffenen Patienten stellt sich bei der Herdsuche ab und zu eine Affektion im Appendixbereich heraus, obwohl eine Operation nie stattgefunden hat (also auch keine Narbe besteht). Man muss den Prozess als chronische, klinisch stumme Appendizitis/Appendixaffektion ansehen. Bei gezielter Nachfrage berichten ca. 50 % dieser Pa-

## 14 Teil A Grundlagen

tienten auch über ärztliche Behandlungen wegen Appendizitisverdachts in der Jugend oder Kindheit oder sie erinnern sich an Schmerzattacken in diesem Bereich. Ein solcher Prozess, den man sich chronisch entzündlich vorstellen muss, kann für alle möglichen Störungen verantwortlich sein, zum Beispiel an den inneren Organen oder dem Bewegungsapparat. Die Diagnostik einer chronischen Appendizitis mit den üblichen bildgebenden und laborchemischen Maßnahmen ist häufig nur sehr schwer oder gar nicht möglich.

### Kiefergelenk

Die Kiefergelenke sind die am meisten benutzten und strapazierten beweglichen Verbindungselemente des Körpers. Im Gegensatz zu sämtlichen anderen Gelenken ist das Kiefergelenk immer mit seinem Partner, dem kontralateralen Kiefergelenk, gemeinsam aktiv und in seiner Funktion mit diesem verbunden.

### Starke Beanspruchung

Nicht nur die ständige Bewegung beim Sprechen, auch das Kauen, das nächtliche Knirschen, ein Verlust der Okklusionsebene mit ungesicherter Ruheposition sowie vorhandene Artikulations- bzw. Gleithindernisse oder auch die tägliche Anspannung der Kaumuskulatur im Stress können einen Reizzustand provozieren bzw. unterhalten. Hat man entzündete Kiefergelenke als Herde diagnostiziert, muss man jedoch unbedingt immer auch nach eventuellen mechanischen Ursachen fragen, wie z. B. gnathologischen Problemen (anamnestisch kieferorthopädische Behandlungen), unzulängliche konservierende Füllungsmaßnahmen oder prothetische Versorgung.

## Zahnstörherde

### Übertriebener Exodontismus

Zu Beginn dieses Jahrhunderts verleitete der Erfolg, der nach Extraktion von Zähnen manch-

mal an anderen, erkrankten Teilen des Körpers auftrat, eine Anzahl von Zahnärzten und Ärzten dazu, hinter jedem unerklärlichen Symptom einen Zahn oder, noch schlimmer, alle Zähne als Verursacher zu sehen. Es kam zu einem wahren Exodontismus, Unmengen von teils kranken, teils gesunden Zähnen wurden gezogen, eher selten mit dem gewünschten Erfolg.

Da eine Herdtestung durch probatorische Injektionen eines Lokalanästhetikums an den Bereich der Zahnwurzelspitze nicht immer aussagekräftig ist und eine „versuchsweise“ Extraktion der Zähne sich von selbst verbietet, ist gerade in diesem Bereich eine differenzierte und aussagekräftige Herddiagnostik besonders wichtig.

Mit Zahnstörherden sind nicht in erster Linie die akut vereiterten Weisheitszähne und die schmerzende Karies gemeint – die finden Zahnarzt und Patient von alleine heraus. Eine akute Pulpitis wird den Patienten noch in der Nacht zum Zahnarzt treiben, viele andere Herde im dentoalveolären Bereich bereiten jedoch keine oder kaum lokale Beschwerden – zumindest nicht am Ort ihrer Lokalisation, weshalb der Patient den Zahnarzt nicht aufsucht. Später wendet er sich wegen der Folgeerkrankung (z. B. Migräne, Rheuma) an andere Fachdisziplinen.

### Schwierige Diagnostik

Solche klinisch oft unauffälligen und manchmal auch röntgenologisch schwer oder nicht als Herd zu erkennenden Prozesse können sein:

- Zähne mit entzündeter/zerfallener Pulpa,
- wurzelbehandelte (devitale) Zähne,
- Wurzelreste im Kiefer,
- verlagerte Zähne, impaktierte Weisheitszähne,
- Zysten im Kieferbereich,
- chronische Kieferostitis nach Zahnextraktion/Operation,
- Affektion des Parodontiums oder des Zahnhalteapparats,
- Knochentaschen.