



# Die Behandlung viraler Infekte und chronisch viraler Erkrankungen mit SANUM-Medikamenten

von HP Christel Förch-Jösslin

## Viren als Krankheitserreger

Viren (auch Vira, Virales; Einzahl: Virus, lat. für Gift, Schleim) sind mit einem Durchmesser von 15-300 nm besonders kleine Krankheitserreger, die in der Lage sind, jeden Bakterienfilter zu passieren.

Wesentliche Merkmale unterscheiden sie von anderen Mikroorganismen:

1. Sie enthalten als genetisches Material *entweder* DNA *oder* RNA.
2. Sie besitzen keine eigenen Stoffwechsellzyme für Wachstum und Teilung.
3. Sie können sich nur mit Hilfe der Ribosomen ihrer Wirtszellen vermehren, auf die sie meist pathogen wirken. Somit ist auch die Anzüchtung auf künstlichen Nährböden nicht möglich.
4. In der Ruhephase ausserhalb von Wirtszellen gibt es kein Wachstum. Zur Verbreitung aus Wirtszellen ausgeschleuste, infektiöse Viren in dieser Phase werden als „Virionen“ bezeichnet.

Aufgebaut sind die Virionen aus der viruseigenen Nukleinsäuresequenz (DNA oder RNA), einem Proteinhülle (Core, Kapsid) in einfachen, geometrischen Formen, sowie, bei komplexeren Virionen, einer Hülle aus einer Lipiddoppelschicht (Envelope).

Die Virushülle stammt dabei zum Teil aus der Zellmembran der Wirtszelle, wobei viruseigene und/oder zelluläre Glykoproteine aus ihr herausragen (sogenannte „spikes“). Diese „spikes“ spielen eine wichtige Rolle für die Infektiosität und für die immunologische Reaktion des Wirtsorganismus. Zwischen der

Hüllmembran und dem Kapsid kann sich eine Tegumentschicht mit viralen Proteinen befinden (z.B. bei Herpesviridae).

Die Wirtszellen einzelner Virusarten sind in der Regel spezifische pflanzliche, tierische oder menschliche Zellen. Viren, die Bakterien als Wirtszelle zur eigenen Vermehrung nutzen, werden als „Bakteriophagen“ bezeichnet.

**Die Vermehrung der Viren** über ihre Wirtszelle erfolgt zyklisch in mehreren Schritten:

1. Adsorption: Anhaftung an bestimmte Rezeptorstrukturen der Zelloberfläche.
2. Penetration: entweder durch Verschmelzung der Virushülle mit der Membran der Wirtszelle oder durch Aufnahme des Virions mittels Endozytose ins Zellinnere.
3. Replikation: erfolgt bei DNA-Viren unter Nutzung von Enzymen der Wirtszelle, meist Replikation der Virus-DNA in deren Zellkern. Bei RNA-Viren muss zuvor eine DNA-Kopie des Virus-Genoms als Zwischenprodukt synthetisiert werden.
4. Maturation und Liberation: die infektiösen Virionen verlassen die Wirtszelle durch Ausstülpung der Wirtszellmembran mit folgender Umwandlung in eine Virushülle mit spikes.

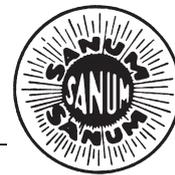
In der Folge dieser Vermehrung der Viren in der Wirtszelle kommt es entweder zu deren Zelltod oder die Wirtszelle überlebt chronisch infiziert und produziert nun kontinuierlich geringe Virusmengen. In einigen Fällen führt das Virusgenom auch zu ungehemmter Teilung der Wirtszelle (onkogene Viren).

Schliesslich kann das Virusgenom auch in das Genom der Wirtszelle eingebaut und somit auf alle Tochterzellen weitervererbt werden, ohne dabei zunächst pathologisch zu wirken (temperente Infektion).

**Die Klassifikation der Viren** erfolgte zunächst hauptsächlich nach den von ihnen verursachten Krankheitsbildern. Die heutige, international einheitliche Klassifikation erfolgt nach Typ, Struktur und Aufbau der Nukleinsäuresequenz, also nach genetischer Ähnlichkeit und nur in Ausnahmefällen nach klinischen oder epidemiologischen Gesichtspunkten (z.B. bei den Hepatitis-Viren). Dabei werden die zahlreichen Viren-Familien, wie beispielsweise Adenoviridae, Herpesviridae, Togaviridae usw. wiederum in verschiedene Gattungen und diese nochmals in verschiedene Arten unterteilt.

Entsprechend dieser Vielfalt können Viren höchst unterschiedliche und sehr schwere Erkrankungen auslösen: vom eigentlich harmlosen Schnupfen durch Rhinoviren oder harmlosen Warzentypen über die Influenza-Erkrankungen, virale Pneumonien oder Virusmeningitiden und Kinderkrankheiten wie Mumps, Masern, Röteln und Windpocken (die alle gefährliche Komplikationen wie Enzephalitis, Pneumonie, Orchitis und/oder bakterielle Subinfektionen nach sich ziehen können), bis hin zur AIDS-Erkrankung infolge einer Infektion mit HIV.

Gerade auch die bereits erwähnten **onkogenen Viren**, also Viren mit der Fähigkeit, menschliche oder tie-



rische Zellen neoplastisch zu transformieren und somit Tumore entstehen zu lassen, zeigen, welche schwere Erkrankungen letztlich viral (mit-)verursacht werden können. Besondere Beachtung fanden, initiiert durch entsprechende Impfkampagnen, folgende onkogene Viren:

a.) das Papillomavirus (HPV), Entstehung von Zervixkarzinomen,

und

b.) die Hepatitis-Viren B + C (HBV + HCV), Entstehung von primären Leberzellkarzinomen.

Auch das Epstein-Barr-Virus, Erreger der infektiösen Mononukleose (Pfeiffer-Drüsenfieber), mit einer Durchseuchung von ca. 90% der erwachsenen Bevölkerung, kann zur Entstehung von Burkitt-Lymphomen oder Nasopharyngealkarzinomen führen. Bei Infektionen im Erwachsenenalter können andere chronische Störungen verbleiben. Aber auch die Langzeitfolgen anderer, nicht onkogener viraler Infektionen können für die Betroffenen eine grosse Belastung sein. Man denke nur an die häufig extrem schmerzhaft verlaufende und in einigen Fällen langandauernde Neuralgien hinterlassende Zoster-Erkrankung („Gürtelrose“), die eine Reaktivierung des in den Gliazellen der Spinalganglien persistierenden Varicella-Zoster-Virus nach früherer Erkrankung an Windpocken darstellt.

### Diagnostik viraler Erkrankungen

Die Diagnose viraler Infektionen kann infolge der Vermehrung der Viren nur innerhalb lebender Zellen nicht durch Erregerkultur auf künstlichen Nährböden (wie beim Nachweis bakterieller Infektionen) erfolgen. Daher werden in der Regel, ausgehend von einem Verdacht auf eine virale Infektion aufgrund des Symptombildes, bestimmte Parameter des Differentialblutbildes als indirekter Erregernachweis herangezogen.

Es findet sich häufig eine Leukopenie, bzw. eine Verminderung der neutrophilen Granulozyten. Auch andere Parameter können bei bestimmten Infektionen auffällig sein, wie z.B. die typische Monozytose bei einer infektiösen Mononukleose oder die erhöhte Lymphozytenanzahl bei einer Virushepatitis. Diese Parameter sowie eventuell die Bestimmung von Antikörpern aus dem Blut des Erkrankten oder das gentechnische Verfahren der Polymerase-Kettenreaktion zum Nachweis von Antigenen, können als indirekte Erregernachweise herangezogen werden.

Letzteres ist ein hochempfindliches Verfahren mit entsprechenden Fehlerquellen. Ein Antikörpernachweis ist erst einige Zeit nach der erfolgten Infektion möglich, da er eine bereits erfolgte Immunreaktion voraussetzt. Zudem beweist das Vorhandensein von Antikörpern als solches nur, dass irgendwann einmal eine Infektion mit dem Erreger stattgefunden hat. Um Aussagen über eine akute Infektion zu machen, benötigt man entweder Vergleichswerte, die das erstmalige Auftreten des Antikörpers oder den Anstieg seines Titers belegen, oder den Nachweis spezifischer IgMs.

In der Praxis erfolgt die Diagnosestellung daher oft zunächst rein symptomatisch.

So werden immer wieder irrtümlich virale Infektionen als bakterielle Erkrankung eingestuft und scheinbar folgerichtig unter Einsatz von Antibiotika behandelt. Nur selten, bei ausbleibendem Behandlungserfolg und Weiterbestehen der Symptomatik, wird eine Kultur zur Bestimmung des Krankheitserregers angelegt.

Ein Beispiel hierfür ist die häufige Verwechslung des Pfeiffer-Drüsenfiebers mit einer eitrigen Angina. Eine Fehlbehandlung mit Antibiotika, z.B. mit Ampicillin, birgt zu 5-20% das Risiko der Entstehung eines „Ampicillin-Exanthems“.

### Dunkelfelddiagnostik

Die Blutanalyse im Dunkelfeld bietet zusätzliche Möglichkeiten virale Infektionen zu erkennen bzw. von bakteriellen Infekten zu unterscheiden. So kann eine für virale Infekte häufiger auftretende Lymphozytose (bei den meisten akuten wie chronischen viralen Belastungen, Virushepatitis) oder Monozytose (bei akuter Virushepatitis, Mumps, Windpocken, infektiöser Mononukleose), sowie eine eventuelle Verminderung der neutrophilen Granulozyten (die bei einer bakteriellen Infektion eher vermehrt wären) in der 400-fachen Vergrößerung recht gut erkannt werden.

Bei manchen Infektionen, hauptsächlich bei der Mononukleose, können sogenannte LGL-Zellen oder auch Viruzyten, also viral belastete, stark vergrösserte Lymphozyten mit gelapptem oder zerrissenem Kern, Granula und Einschlusskörperchen gefunden werden.

Das Ergebnis der Vitalblutuntersuchung, ergänzt durch die Werte des Differentialblutbildes, führt im besten Fall zu einer sicheren Diagnose.

### Schulmedizinische Behandlungsmöglichkeiten

Eine ursächliche, also die auslösenden Viren bekämpfende Behandlung viraler Infektionen war in der Schulmedizin lange Zeit nicht möglich. Mittlerweile stehen hierfür gegen einige virale Infektionen verschiedene sogenannte **Virostatika** zur Verfügung. Diese verhindern je nach Wirkprinzip die Penetration in die Wirtszelle und die Freisetzung der viralen Nukleinsäuren, die Replikation der Viren (durch Hemmung von erforderlichen Enzymen) oder die Reifung und Ausschleusung der Viren. Aufgrund ihrer teilweise schweren Nebenwirkungen, die zum Teil denen von Zytostatika entsprechen, und durch die starke Heterogenität der Viren ist deren Einsatz bisher auf wenige Virusgruppen beschränkt.



Es handelt sich um Influenza-Viren, Varicella-Zoster- und Herpes-simplex-Viren, Zytomegalie-Viren, Hepatitis-Viren und das human immunodeficiency virus (HIV). Auch bei diesen Infektionen muss eine genaue Abwägung des Nutzens dieser Mittel mit den möglichen Schäden durch die Behandlung erfolgen. Resistenzbildungen wie bei der Behandlung mit Antibiotika sind auch bei Virostatika möglich.

Einmal ausgebrochene virale Infektionen können nur symptomatisch, also in aller Regel vor allem durch Unterdrückung der Entzündungsreaktionen, z.B. mit Antiphlogistika oder Kortikoiden, behandelt werden.

Dies alles führt dazu, dass die Schulmedizin im Bereich viraler Infekte vor allem auf Prophylaxe durch hygienische Massnahmen und – soweit vorhanden – Impfungen setzt. Die Problematik der letztgenannten Massnahme hinsichtlich einer mikrobiologischen Regulationstherapie soll an dieser Stelle nicht vertieft werden.

### **SANUM-Therapie bei akuten oder chronischen viralen Erkrankungen**

Zunächst muss hier erwähnt werden, dass die SANUM-Therapie als immunbiologische, isopathische Therapie immer eine ganzheitliche Sanierung des immunologischen Systems durch Milieuregulation und Symbioselenkung zum Ziel hat. Virale Erkrankungen sind vor dem Hintergrund pleomorphistischer Betrachtung kein besonderes Phänomen, sondern nur eine bestimmte Stufe in der Aufwärtsentwicklung der Endobionten zu höhervalenten, parasitären und pathogenen Formen. Diese Aufwärtsentwicklung infolge Milieustörungen stellt laut Professor Doktor Günther Enderlein die Ursache letztlich aller Erkrankungen dar.

Daher sind naturgemäss **alle Massnahmen der Milieuregulation und Systemsanierung** (Regulation des Säure-Basen-Haus-

haltes und darmsanierende Massnahmen, Ernährungsumstellung, Unterstützung von Entgiftungs- und Organfunktionen, Phytotherapie, Schüssler Salze, physiotherapeutische Massnahmen, Berücksichtigung von Belastungsfaktoren wie Stress, psychische Probleme, Elektrosmog und geopathische Auswirkungen), sowie der **Grundplan der isopathischen Symbioselenkung durch die entsprechenden Präparate aus der Pilzphase, SANU-KEHL®-Präparate und Bakterienpräparate** geeignet, akute oder chronische virale Erkrankungen zu therapieren.

Wesentlich für die spezielle Therapie solcher Viruserkrankungen mit SANUM-Arzneimitteln ist nun aber, dass es im Bereich der Isopathika Mittel gibt, die gezielt die ursächliche Heilung solcher Krankheiten durch Rückentwicklung der viralen Belastung ermöglichen.

Zunächst ist QUENTAKEHL® zu nennen, hergestellt aus niederen, apathogenen Entwicklungsstufen (Chondritinen) des *Penicillium glabrum* in homöopathischer Verdünnung. QUENTAKEHL® ist bei akuten und latenten viralen Infekten aller Art wirksam, auch bei deren chronifizierten Spätfolgen. Erfahrungsgemässe Anwendung erfolgt bei Migräne, Schwindel, Morbus Menière und multipler Sklerose sowie sonstigen Erkrankungen und Beschwerden, die auf virale Belastungen zurückgeführt werden können.

QUENTAKEHL® steht zur Verfügung in den Darreichungsformen als D5-Tropfen, D5- oder D6-Injektionslösung, D4-Hartkapseln oder D3-Suppositorien.

Zur speziellen Behandlung aller Formen von Herpesviren, gerade auch bei Herpes Zoster, hat sich *GRIFOKEHL®*, D5-Tropfen oder D5-Injektionslösung bewährt, erhältlich z.B. über Holomed (Niederlande). Dieses Mittel wirkt nach meiner persönlichen Erfahrung auch bei chroni-

schen Beschwerden infolge Epstein-Barr-Viren.

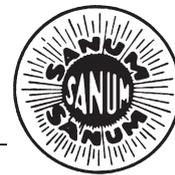
Die Auswahl der richtigen Potenz und Darreichungsform muss dabei vom Behandler individuell ermittelt werden, auch eine Austestung der Mittel (z.B. kinesiologisch) kann hier hilfreich sein. Grundsätzlich bieten Einreibung und Einnahme einen milderen Einstieg in die Therapie als Injektionen, höhere Potenzierungen (D5, D6) wirken sanfter als niedrigere Potenzen.

Bei der individuellen Auswahl sollten Konstitution und Ausleitungsfähigkeit des Patienten ebenso betrachtet werden wie die Frage, ob sich die Erkrankung in der akuten oder im Übergang in die chronische Phase befindet.

Während bei chronischer Erkrankung ohnehin die Einbettung der entsprechenden Mittel in das 4-Stufen-Basischema nach Dr. Werthmann sinnvoll ist, kann bei akuten Erkrankungen nach meiner Erfahrung erfolgreich mit QUENTAKEHL® und/oder *GRIFOKEHL®* allein therapiert werden. Allerdings ist auch dann eine anschliessende Basisbehandlung ratsam, vor allem, um die entstandenen Abbauprodukte auszuleiten und somit Rückfälle oder Chronifizierungen zu verhindern.

Beide Mittel können je nach Erkrankung mit organbezogen wirksamen Isopathika wie *PINIKEHL®* bei Erkrankungen der Leber und Milz, *FORTAKEHL®* bei Schäden im Magen-Darm-System, *MUCEDOKEHL®* für alle Erkrankungen im HNO-Bereich, Lymphostasen, Dysfunktionen der Schilddrüse, des limbischen und neurovegetativen Systems, Depressionen und Ängste kombiniert werden.

Pflanzliche Ergänzungsmittel bieten sich zur Unterstützung an: *CERIVIKEHL®* bei Erkrankungen der Schleimhaut im Bereich der oberen Atemwege, des Mund- und Rachenraumes sowie des Darms. *RELIVORA®* Komplex ist angezeigt bei entzündlichen Prozessen der Atem-



wege wie beispielsweise Bronchitis und Keuchhusten.

Die Organpräparate *REBAS*<sup>®</sup> und *THYMOKEHL*<sup>®</sup> können den Heilungsprozess bei chronisch-entzündlichen Erkrankungen unterstützen und degenerativen Prozessen entgegenwirken.

Wie die Behandlung solcher viraler Erkrankungen mit SANUM-Therapie in der Praxis aussehen kann, verdeutliche ich abschliessend anhand einiger

### **Fallbeispiele:**

#### **Grippale Infekte der oberen Atemwege und Bronchitis**

##### **1. Patientin, 23 Jahre, Erzieherin, seit Januar 2014 in Behandlung wegen rezidivierender Atemwegsinfekte, Allergien, Verdauungsstörungen und Erschöpfung:**

Trotz Behandlung im Grundschemata mit Schwerpunkt Darmsanierung erkrankte die Patientin Anfang März akut an einem grippalen Infekt mit leichtem Fieber, starkem Kopfdruck, Schnupfen, Halsentzündung und Magen-Darm-Beschwerden sowie stärkster Abgeschlagenheit. Im Dunkelfeld lagen Hinweise auf virale Belastung und mangelnde Ausscheidung vor. Sie hatte am bevorstehenden Wochenende eine wichtige Fortbildung und wollte unbedingt wieder arbeitsfähig sein.

Nach kinesiologischer Austestung injizierte ich intramuskulär je 1ml *QUENTAKEHL*<sup>®</sup> D5, *MUCEDOKEHL*<sup>®</sup> D5 als Mischinjektion sowie *TARAXAN SANUM*<sup>®</sup> D3 zur Stärkung der Ausleitung. Ausserdem sollte die Patientin, die laut Plan an diesen Tagen eigentlich *MUCOKEHL*<sup>®</sup> und *NIGERSAN*<sup>®</sup> eingenommen hätte, die Einnahme entsprechend unterbrechen und erst in 4 Tagen erneut starten.

Die Patientin meldete sich nach dem Wochenende begeistert mit der Nachricht, dass es ihr rasch wieder gut gegangen sei und sie die

Fortbildung mühelos habe absolvieren können.

Nach drei Wochen setzten allerdings erneut die gleichen Beschwerden ein, diesmal verbunden mit einem massiven Ausbruch von Herpes labialis.

Nach erneuter Austestung wiederholte ich die Mischinjektion und injizierte zusätzlich 1 ml *Engystol*<sup>®</sup> (Fa. Heel) zur Steigerung der Abwehr. Zusätzlich gab ich der Patientin eine Ampulle *GRIFOKEHL*<sup>®</sup> D5 zum lokalen Betupfen der Herpesbläschen mit, da dieses Mittel in Tropfenform über Holomed ja nicht mehr zeitnah zu erhalten gewesen wäre.

Anlässlich des nächsten Termins berichtete die Patientin, dass es wiederum zum raschen Abklingen aller Beschwerden gekommen sei. In der weiteren Behandlung legten wir nun das Augenmerk vor allem wieder auf darmsanierende Massnahmen, also auch auf die Nahrungsmittelunverträglichkeiten der Patientin, ich setzte hier neben diätischen Massnahmen weiterhin *FORTAKEHL*<sup>®</sup> D5-Tropfen, *SANUKEHL*<sup>®</sup> Cand, Coli und Salm als D6-Tropfen, sowie vorübergehend aufgrund Leberbelastungszeichen im Dunkelfeld *PINIKEHL*<sup>®</sup> D5 Tropfen im Rahmen des Grundschemas ein. Da die Patientin nun auch noch ihren jährlichen Heuschnupfen hatte, bekam sie zusätzlich *LUFFASAN*<sup>®</sup> D4-Tabletten.

Unter dieser Behandlung traten seither zum ersten Mal seit Jahren monatelang keine neuen Infekte mehr auf, die Nebenhöhlen sind frei, die Patientin hat – bei Karenz ihrer Allergene – keine Verdauungsprobleme mehr und fühlt sich erheblich vitaler.

##### **2. Patient, 52 Jahre, Landwirt und Berufsschullehrer, seit Februar 2014 in Behandlung wegen Durchblutungsstörungen bei leichter Adipositas, benigner Prostatahyperplasie, Arthrosen und abnehmender Leistungsfähigkeit:**

Schon nach einem Monat mit *SANUM*-Arzneimitteln (Leitmittel *EXMYKEHL*<sup>®</sup>, *FOMEPIKEHL*<sup>®</sup> und *MUCOKEHL*<sup>®</sup>) waren die ursprünglichen Beschwerden deutlich verringert. Nun aber klagte der Patient Mitte März über einen grippalen Infekt der oberen Atemwege, v. a. mit Halsentzündung und Reizhusten. Diese Infekte habe er seit einigen Jahren jedes Frühjahr und jeden Herbst, auch habe dies bislang immer dazu geführt, dass er aufgrund hartnäckigen Hustens und gelblich-eitrigen Schleimabgangs schliesslich ein Antibiotikum vom Hausarzt erhielt, was wiederum regelmäßig zu Durchfällen führte. Dies wolle er nunmehr vermeiden.

Er erhielt daraufhin *QUENTAKEHL*<sup>®</sup> D4-Kapseln und – da bereits eitriger Schleim auftrat – *NOTAKEHL*<sup>®</sup> D4-Kapseln (je zweimal täglich eine Kapsel) sowie *Tonsiotren*<sup>®</sup>H-Tabletten der DHU. Auf *MUCOKEHL*<sup>®</sup> und *NIGERSAN*<sup>®</sup> wurde, solange er diese Mittel einnahm, verzichtet. Bereits nach vier Tagen war der Patient seinen Infekt los und konnte in sein eigentliches Behandlungsschema zurückkehren. Mit diesem hat er mittlerweile keinerlei Beschwerden mehr und fühlt sich laut eigener Aussage „um Jahre verjüngt“, was man ihm auch ansieht.

##### **3. Patientin, 46 Jahre, Frührentnerin seit 2001 wegen einer schizoaffektiven Psychose/Depression, die seit 1990 mit Lithium therapiert wird, Lupus erythematodes mit Nierenparenchymschäden seit 2001, schliesslich Mammakarzinom der rechten Brust mit Amputation Februar 2013 und anschliessender Chemotherapie; wegen vollständiger körperlicher und seelischer Erschöpfung mit chronischer Müdigkeit und ständigen Atemwegsinfekten seit März 2014 in meiner Behandlung:**

Trotz aller Vorerkrankungen und immunsuppressiver Mittel ging es der Patientin nach etwa acht Wochen



mit sanft dosierten SANUM-Arzneimitteln deutlich besser, vor allem nahm die Müdigkeit ab. Am 6.5. 2014 meldete sie sich, sie habe einen heftigen grippalen Infekt mit leichtem Fieber und wolle keineswegs schon wieder Antibiotika einnehmen.

Am gleichen Tag bestellte ich sie ein und injizierte nach Untersuchung und Testung je 1 ml QUENTAKEHL® D5 und NOTAKEHL® D5 als Mischinjektion sowie CERIVIKEHL® D3 intramuskulär. Auf MUCOKEHL® und NIGERSAN® wurde für diesen Zeitraum verzichtet. Am nächsten Tag telefonierten wir, da ich ihr gesagt hatte, sie müsse, sollten die Beschwerden sich nicht rasch bessern, doch zum Hausarzt gehen. Inzwischen ging es ihr wesentlich besser, das Fieber war verschwunden. Nach einer Woche verschlimmerten sich die Beschwerden noch einmal, nun mit heftigem nächtlichem Husten. Da die Lunge aber frei war, wiederholten wir die Injektionen. Ich verordnete der Patientin ab dem folgenden Tag die Einnahme von QUENTAKEHL® D4 und NOTAKEHL® D4 Kapseln (je zweimal eine pro Tag) und CERIVIKEHL®-Tropfen (dreimal täglich fünf Tropfen). Während dieses Zeitraumes wurde auf MUCOKEHL® und NIGERSAN® verzichtet. Wir telefonierten in dieser Zeit engmaschig. Der Infekt heilte in einer Woche unter Einnahme von QUENTAKEHL® und NOTAKEHL® gut aus. Der zunächst verbliebene Reizhusten verschwand nach einer weiteren Woche der Behandlung mit CERIVIKEHL®.

Seither hatte die Patientin keine weiteren Atemwegsinfekte, sie verfügt über wesentlich mehr Energie, kann z.B. wieder Ausflüge mit ihren Nichten und Patenkindern machen, fühlt sich „wie neugeboren“. Ihre Nierenwerte waren Anfang Juni zum Erstaunen ihrer Ärzte so gut wie seit Jahren nicht mehr.

#### **4. Herpes zoster mit Leberbeteiligung nach grippalem Infekt**

#### **Patient, 68 Jahre, Ingenieur im Ruhestand, eigentlich sehr vital und gesund:**

Anfang März hatte der Patient zunächst eine fiebrige Erkältung, die mit einer einmaligen Injektion von QUENTAKEHL® D5 und NOTAKEHL® D5, je 1 ml sowie Tonsiotren®H-Tabletten (DHU) rasch verschwand, so dass er wichtige Termine wahrnehmen konnte. Nach drei Tagen kam es zu einem Rückfall mit mässigem Fieber (bis 38,8°C), stärkster Abgeschlagenheit, völliger Abneigung gegen Nahrungsaufnahme, raschem Gewichtsverlust (2 kg in einer Woche bei sehr schlanker Konstitution), starkem Nachtschweiss, leichtem, trockenem Husten und zunehmenden Schmerzen in der linken Brustseite. Der Hausarzt konnte weder im EKG Auffälligkeiten finden, noch lag beim Auskultieren ein Verdacht auf eine Pneumonie vor.

Die Laborbefunde zeigten am nächsten Tag erhöhte Entzündungsparameter (Werte liegen nicht vor) sowie deutlich erhöhte Leberwerte (GOT 57 U/l, GPT 94 U/l, Gamma-GT 240 U/l, Alkalische Phosphatase 468 U/l, ausserdem Bilirubin 2,21 mg/dl). Im Ultraschall zeigte sich eine leichte Vergrösserung der Leber. Der Hausarzt interpretierte dies zunächst als einen viralen Infekt mit Leberbeteiligung. Auch das Dunkelfeldblutbild legte diesen Verdacht nahe.

Der Patient hatte inzwischen eine weitere Injektion mit 1 ml QUENTAKEHL® D5 erhalten, die aber nur eine geringfügigere Besserung gebracht hatte. Vor allem klagte er weiter über die starken Schmerzen im Brustbereich, die ihn auch ängstlich und unruhig machten. Deren Ursache zeigte sich am nächsten Morgen, rund eine Woche nach Ausbruch des ersten Infekts: genau über dem Schmerzbereich breitete sich ein typisches Herpes-Zoster-Exanthem aus!

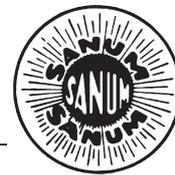
Nun war die Medikation für mich klar. Der Patient erhielt eine Mischin-

jektion aus je 1 ml QUENTAKEHL® D5, GRIFOKEHL® D5 und – wegen der Leberbeteiligung – PINIKEHL® D5 intramuskulär. Ausserdem sollte er GRIFOKEHL® D5 (auch hier gab ich Ampullen mit, da der Bezug der Tropfen zu lang gedauert hätte) zu gleichen Teilen vermischt mit Lidocain 1% mehrfach täglich auf das Exanthem aufbringen.

Schon nach einem Tag war das Exanthem zurückgebildet und der Schmerz fast verschwunden, nach drei Tagen kaum noch etwas zu sehen und kein Schmerz mehr vorhanden. Auch das Fieber sank. Der Patient erhielt nun zwei Mischinjektionen mit QUENTAKEHL® und GRIFOKEHL® D5 und drei Injektionen mit PINIKEHL® D5 innerhalb der folgenden zehn Tage. Ausserdem weiterhin GRIFOKEHL® D5-Tropfen zur lokalen Einreibung bis zum vollständigen Verschwinden der letzten Exanthemspuren insgesamt zwei Wochen nach Ausbruch. Dazu täglich zehn Tropfen FORTAKEHL® D5 und zweimal täglich dreissig Tropfen SANUVIS®. Mit dem vollständigen Abheilen des Exanthems waren auch Fieber, extreme Schwäche und Appetitlosigkeit verschwunden, der Nachtschweiss ließ nach. Der Patient nahm noch für einige Tage SANUVIS®, FORTAKEHL® D5 Tropfen und PINIKEHL® D5 Tropfen zur Nachbehandlung ein und erhielt zweimal wöchentlich 2 ml Coenzyme compositum der Fa. Heel als intramuskuläre Injektion. Nach zwei weiteren Wochen war er wieder vollständig gesund mit Leberwerten im Normbereich. Auch die Ultraschalluntersuchung zeigte keinen Befund mehr.

#### **Thyreoiditis de Quervain**

Über die erfolgreiche Behandlung meiner eigenen Erkrankung an dieser viral verursachten, akuten Form der Schilddrüsenentzündung habe ich bereits ausführlich in der SANUM-Post Ausgabe 105 vom Dezember 2013 berichtet. Auch hier war QUENTAKEHL® als D4 Kapsel in hoher Dosierung das Leitmittel, in



diesem Fall natürlich in Kombination mit MUCEDOKEHL® (als D5 Injektion erst zweimal, später einmal wöchentlich und als D5 Tropfen zum lokalen Einreiben an injektionsfreien Tagen). Unterstützend kamen SELENOKEHL® D4 Tropfen, ZINKOKEHL® D3 Tropfen, SANUVIS® und CITROKEHL®-Tabletten sowie zur Entzündungshemmung Halswickel mit Beinwell-Salbe zur Anwendung. Zum Ende der Therapie folgten SANKOMBI® D5 Tropfen, alternierend mit QUENTAKEHL® und MUCEDOKEHL®.

**In vergleichbarer Weise behandle ich aktuell eine 53-jährige Patientin, die Ende Mai nach der Diagnose Thyreoiditis de Quervain für mehrere Wochen hochdosierte Glukokortikoide erhielt:**

Nach deren Absetzen durch den Hausarzt Anfang Juli begannen ihre Beschwerden erneut, nun allerdings eher mit Symptomen einer Schilddrüsenunterfunktion und Verdacht auf Hashimoto-Thyreoiditis.

Daraufhin wurde sie in meiner Praxis vorstellig. Da sich im Dunkelfeld Hinweise auf eine virale Belastung ergaben, ausserdem deutliche Zeichen einer Darmbelastung sichtbar waren, erhielt die Patientin ausser QUENTAKEHL® und MUCEDOKEHL® als D4-Kapseln (je nur einmal eine Kapsel pro Tag, da die Erkrankung nicht mehr hoch akut war), EXMYKEHL® D3-Suppositorien und die üblichen Mittel des Basisschemas nach Dr. Werthmann Stufe 1 bis 3, bislang mit subjektiv gutem Erfolg (Laborwerte stehen aus).

### Hashimoto-Thyreoiditis

**Patientin, 49 Jahre, derzeit Hausfrau und Mutter dreier Kinder, ausgebildete Heilpraktikerin, seit Anfang Juli 2014 in Behandlung:**

Die Patientin kam zu mir, weil sie am Vortag die Diagnose "Hashimoto-Thyreoiditis" erhalten hatte und sich seit Monaten krank und extrem erschöpft und leistungsunfähig fühlte, unter Globusgefühl und Halsschmerzen sowie Heiserkeit litt. Laborwerte: TSH bei 10,8 mU/l; FT 3 bei 2,84 ng/l; FT 4 bei 9,2 ng/l; TAK 3968 U/l; MAK 286 U/ml; TRAK<0,3 U/l.

Die Schilddrüse sei laut Hausarzt im Ultraschall deutlich verkleinert, es bestehe ausserdem eine leichte Eisenmangelanämie und die Leberwerte seien erhöht (Laborwerte liegen mir nicht vor).

Die Patientin erinnerte sich, dass ihre Beschwerden nach einem viralen Infekt und infolge einer starken privaten Stressphase im letzten Jahr und zu Beginn 2014 begonnen hatten. Interessanterweise fanden sich im Dunkelfeld auch deutliche Hinweise auf eine virale Belastung (die mittlerweile ja auch als eine mögliche Ursache für Hashimoto diskutiert wird), sowie auch auf eine Leber- und Darmproblematik.

Nach zusätzlicher Austestung erhielt die Patientin daher im Rahmen des Grundschemas als spezifische Isopathika MUCEDOKEHL® D5-Tropfen (einmal zehn am Abend einzunehmen sowie zur Einreibung an der Schilddrüse bei akutem Globus-

gefühl), QUENTAKEHL® D3-Suppositorien und EXMYKEHL® D3-Suppositorien zur Anwendung im täglichen Wechsel über zunächst zehn Tage, dann MUCOKEHL® und NIGERSAN® als D5 Tabletten für fünf Tage, dann im üblichen Wechsel mit den spezifischen Mitteln. Ausserdem verschrieb ich statt SELENOKEHL® in diesem Fall SELEN BIOFRID und injizierte einmal pro Woche 1ml TARAXAN SANUM® D3 intramuskulär zur Verbesserung der Leberfunktion. Bereits nach vier Wochen unter dieser Behandlung ist die Patientin wieder wesentlich vitaler und belastbarer, Heiserkeit und Schmerzen bzw. Globusgefühl sind stark reduziert. Bei erneuten Laborwerten Ende August waren die Schilddrüsenhormone noch nicht erholt, die autoimmunen Antikörper aber fast verschwunden. □

Anschrift der Autorin:

Christel Förch-Jösslin  
Freiburger Straße 6  
79856 Hinterzarten

Literatur:

1. Kompaktlexikon Medizin (2004), 3. neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Urban und Fischer, München
2. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (2002), 259. neu bearbeitete Auflage, Walter de Gruyter, Berlin, New York
3. Gerzen, Andreas und Hesse, Zita (2012): Therapiehandbuch zur Dunkelfelddiagnostik, 1. Auflage, Medinostik-Verlag, Datteln