



Die chronische Epstein-Barr Infektion

von Dr. med. Hamid Kermani

Auftreten und Symptome

Die EBV-Infektion (syn. Pfeiffersches Drüsenfieber, Mononucleose, Kusskrankheit, Kissing Disease) ist eine primär aus Asien kommende, erstmals in den 60er Jahren entdeckte Infektion durch das humane Herpesvirus Typ 4. Die Durchseuchung beginnt im Kindesalter, der Infektionsgipfel der akut infektiösen Verlaufsform liegt im jugendlichen Alter. Es ist daher nicht ungewöhnlich, wenn sehr häufig IgG-Antikörper als Ausdruck eines stattgehabten Kontaktes gefunden werden. Bei vielen Patienten sind die typischen Symptome einer fieberhaften EBV-Infektion mit Mandelbelägen und Lymphknotenschwellungen nicht in klassischer Form aufgetreten oder als eitriger Halsinfekt fehlgedeutet worden. Häufig fühlt man sich nach der Erkrankung Wochen bis Monate oder gar anhaltend müde, schwach und depressiv, wobei besonders in diesen Fällen die Gefahr des Übergangs in die chronische Verlaufsform (syn. CFS = Chronic Fatigue Syndrom, deutsch Chronisches Erschöpfungssyndrom bzw. Chronisches Müdigkeitssyndrom) besteht.

Trotz der bei den meisten Patienten vergrößerten Milz ist die Gefahr einer Milzruptur sehr gering, dennoch Vorsicht mit Sport oder Unfällen in der Akutphase! In 20% kommt es zur Lebervergrößerung, meist mit erhöhten Leberwerten. Bei genauer Diagnostik findet man oft eine leichte Herzbeteiligung mit in der Regel harmlosen Herzrhythmusstörungen und zum Glück nur selten Herzmus-

kelerweiterungen oder Herzbeutelergüsse. Für Leistungssportler, bei denen die Infektion auffällig häufig auftritt und sich oft nur durch einen Leistungsabfall bemerkbar macht, galt früher für Monate absolutes Sportverbot. Neuerdings ist hier nach Ablauf der Akutphase leichtes Ausdauertraining ohne zu starke Belastung erlaubt.

Selten treten Komplikationen an peripheren Nerven (z. B. Gesichtsnervenlähmung) und an der Lunge (Atembeschwerden, Pneumonie) auf. Häufiger sind Veränderungen im Blutbild sowie Kopfschmerzen und Schwindel aufgrund der ZNS-Mitbeteiligung (selten Meningitis/Encephalitis). Außerdem sind durch die Immunschwäche Zweitinfektionen mit anderen Viren oder Bakterien möglich, wobei in diesen Fällen eine Antibiotikatherapie sinnvoll sein kann.

Besonders bei den chronischen Verlaufsformen kann sich eine Schwäche der exokrinen Bauchspeicheldrüsenfunktion entwickeln, erkennbar durch die Stuhluntersuchung auf Ausnutzung.

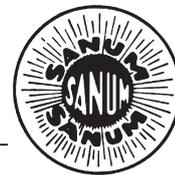
Während der Phase, in der sich der Körper mit dem EBV-Virus auseinandersetzen muss, kommt es zu Immunfehlreaktionen, die zur Entstehung sogenannter Autoimmunerkrankungen führen können. Vergleichsweise harmlos ist die Schilddrüsenentzündung (syn. Hashimoto-Thyreoiditis), bei der es zunächst zu Über- und später Unterfunktion und Knotenbildungen des Organs kommen kann. Dadurch wird, ähn-

lich wie bei der Bauchspeicheldrüse, eine oft lebenslange Substitution mit den Ausfallprodukten erforderlich. Gefährlicher sind andere Autoimmunerkrankungen wie Rheuma und weitere Bindegewebserkrankungen (syn. Kollagenosen), chronisch entzündliche Darmerkrankungen wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Nach heutiger Auffassung gehören auch rapide zunehmende Krankheiten wie Multiple Sklerose (MS) und amyotrophe Lateralsklerose (ALS) in diesen Formenkreis.

Neben dem Epstein-Barr-Virus kommen aber bei diesen Erkrankungen, ähnlich gelagert wie bei Fibromyalgie und Burn-Out-Syndrom, ursächlich noch andere Faktoren infrage.

Bei diesen zuletzt genannten Erkrankungen besteht eine Diskrepanz zwischen massiven Beschwerden und schulmedizinisch kaum fassbaren, im üblichen Labor oft unauffälligen Befunden. Daher werden die Patienten oft als Psychosomatiker abgestempelt.

Zu den begünstigenden Faktoren der oben aufgeführten Krankheiten zählen negative Umwelteinflüsse wie Umweltgifte, Elektrosmog und Mobilfunkstrahlung, Schwermetallbelastungen, Ernährungsfehler, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, zu häufige Antibiotikagaben und Impfungen sowie Stressfaktoren, die Patienten immunologisch schwächen; dadurch sind sie dann auch gefährdet, sich mit dem EBV-Virus anzustecken.



Der EBV-Nachweis in Zelllinien des in Afrika häufig vorkommenden Burkitt-Lymphoms sowie beim Nasopharynxkarzinom und bestimmten Formen des Morbus Hodgkin ist unbestritten; die rapide Zunahme der EBV-Fälle mit Ermüdungssymptomatik zunächst in den USA, jetzt auch bei uns, könnte hingegen auf die Ausbreitung eines neuen Virus-typs zurückzuführen sein.

Diagnose

Grundsätzlich bleibt der Erreger, wie bei allen Herpesviren, lebenslang im Körper und kann auch nach Jahren der Symptombefreiheit durch Stressbelastungen wieder aktiv werden. Für die Therapie ist es wichtig, bei der Diagnostik zwischen einer akuten und dem Übergang in eine chronische EBV-Infektion zu differenzieren. Neben der Anamnese und den oft nur geringen klinischen Symptomen ist der Nachweis von Antikörpern im Serum der Patienten richtungsweisend. Frühzeitig steigen bei der akuten Infektion die IgM- und später erst die lebenslang nachweisbaren IgG-Antikörper an.

Eine deutliche Erhöhung der antinukleären Antikörper (EBNA) weist auf eine chronische Immunbelastung durch das Virus hin. Beim Anstieg der Early Antikörper (EA) spricht man von einer chronisch-reaktivierten Infektion bzw. einem Rezidiv einer früheren Erkrankung im Sinne einer Virusvermehrung im Körper.

Sonographisch findet sich anfangs oft eine Milz-, zum Teil auch eine Lebervergrößerung. Im Rahmen der Untersuchung und Anamnese nach der Traditionellen Chinesischen Medizin (einschließlich Zungen- und Pulsdiagnostik) treten typische Muster auf, zum Einen im Sinne einer Milz-Yang bzw. Milz-Qi Schwäche, zum Anderen im Sinne eines Leber-Yin Mangels.

Zur erweiterten Labordiagnostik gehört die Suche nach Spurenelementdefiziten und anderen lymphotropen Erregern wie Cytomegalieviren, Chlamydien, Toxoplasmen und Borrelien, die häufig als Begleit-erreger vorhanden sind und eigenständige Bedeutung gewinnen können. Weitere spezifische Parameter wie die antioxidative Kapazität, der Lymphozyten- und Hormonstatus sowie andere Laborwerte können für die Therapie wichtig sein.

Verhaltensmaßnahmen und Therapie

In der Akutphase ist manchmal Bett-ruhe angezeigt unter symptomatischer Behandlung der Beschwerden. Andere Therapieoptionen gibt es in den schulmedizinischen Lehrbüchern nicht, es wird lediglich eine „Stärkung des Immunsystems“ empfohlen. Das muss auch aus meiner Sicht langfristig das Ziel der Therapie sein, denn früher oder später kann auch ein gesundes Immunsystem durch eine chronische Virusbelastung in der Art, wie sie vom EBV ausgeht, zusammenbrechen, weil der Erreger wie alle Herpesviren lebenslang im Körper bleibt.

In meiner Praxis bevorzuge ich die SANUM-Therapie gekoppelt mit Baseninfusionen, denen Zusätze (u. a. Präparate der Firmen Heel und Pascoe) beigefügt werden. Energetisch arbeite ich bei chronischer EBV-Infektion mit Vega Medizin, Elektroakupunktur nach Voll (EAV), Bioresonanz (BICOM) sowie kinesiologisch.

Da diese Verfahren sowohl in der Diagnose als auch in der Therapie Anwendung finden, werden sie hier gemeinsam abgehandelt.

Schon im Vega-Check zeigen fast alle Patienten ein typisches Muster (siehe Bild 1). In der Anzeige für Rückstromfaktoren (RF) findet sich

eine deutliche Diskrepanz der beiden Körperseiten, in der Regel mit erniedrigter Ableitung 5 bei deutlicher Erhöhung, oft auch Starre in Ableitung 7. Das Menü spricht hier von „Psychosozialem Stress im Funktionskreislauf Leber/Galle mit Milz/Pankreas Beteiligung“.

Im begleitenden Vega-Test finden sich in der Regel die typischen Auffälligkeiten mit Virusbelastungen, immunologischer Schwäche, Schwermetallbelastungen und der Auffälligkeit bei belasteten Organen, wobei Leber, Pankreas, Milz und der Darm praktisch immer reagieren.

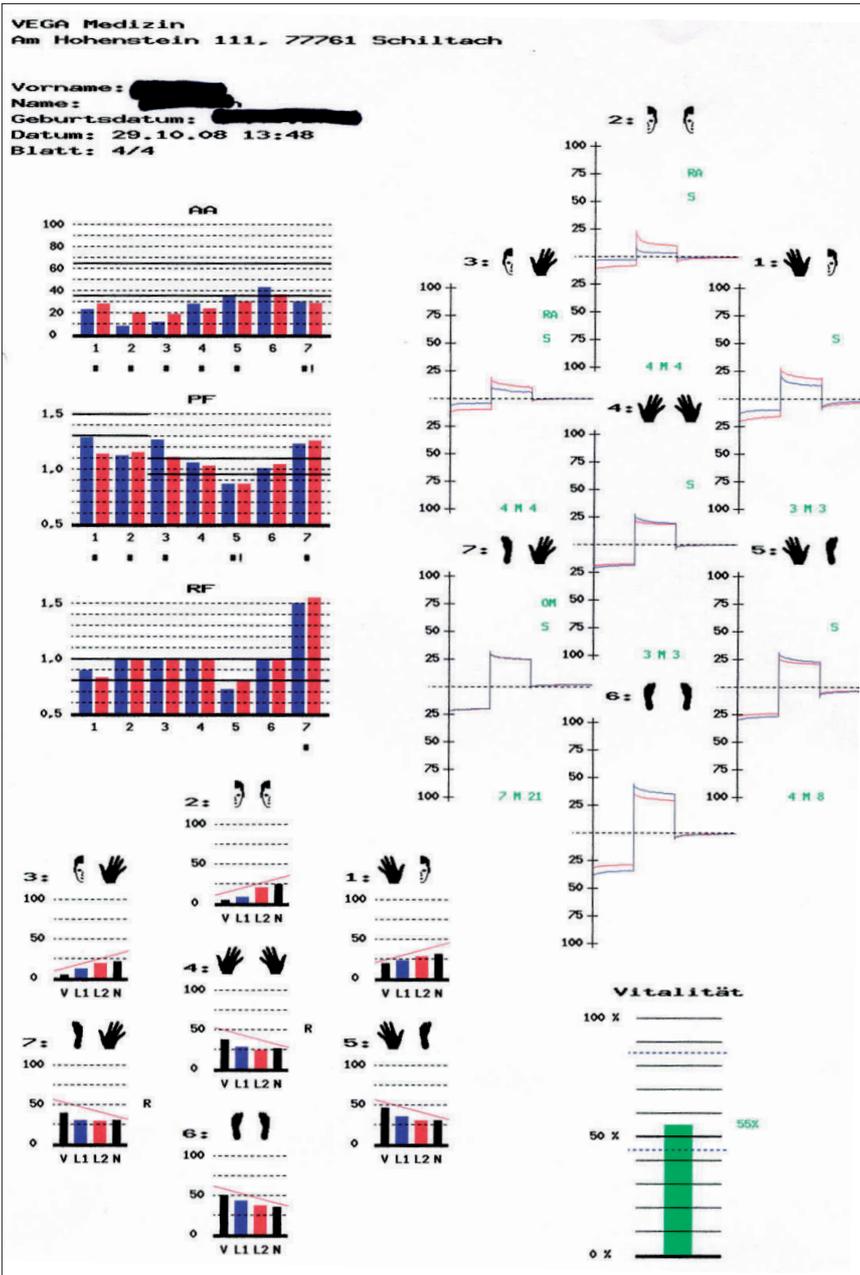
Zur Testung und zur Therapie werden folgende Präparate verwendet:

- Baseninfusion nach Dr. Rau (NaCl 0,72%; NaHCO₃ 1,68% aa. ad 500 ml (isotonisch); (Bezugs- bzw. Kontaktadresse: Paracelsus Apotheke Lustmühle, Schweiz)
- NaCl 0,9% Lösung 500 ml (als Alternative in den wenigen Fällen, in denen laut Testung oder pH-Wert-Messung keine Azidose vorliegt).

Zugabe der Medikamente:

(Es werden nur die Präparate verwendet, die beim Austesten positiv reagieren. Die Menge und die jeweilige Potenz werden ebenfalls individuell ermittelt. Im Falle ähnlicher Präparate wie Lymphomyosot und Lymphdiaral werden diese im Wechsel eingesetzt.)

- Vitamin C Infusion 7,5g/Infusion (Pascorbin der Firma Pascoe)
- MUCOKEHL
- MUCEDOKEHL
- NIGERSAN
- PEFRAKEHL
- Coenzyme compositum (Heel)
- Ferrum metallicum (Heel)
- Ubichinon compositum (Heel)
- Vitamin B Komplex SANUM
- Engystol (Heel)



Datum: 29.10.08

VEGATEST expert

Patient: [REDACTED]

Kommentar:

- 1: Störkontrolle -
- 2: 3 Epiphysis 3E 3E
- 3: Hefepilze 3E
- 4: Zystische Prozesse 3E
- 5: Immunschwäche 3E
- 6: Quecksilberintox. 3E
- 7: Bleibelastung 3E
- 8: Cadmiumbelastung 3E
- 9: Nahrungsmittelallerg. 3E
- 10: Psych. Belastungen 3E
- 11: Vegetat. Belastungen 3E
- 12: Lymphat. Belastungen 3E
- 13: Spurenelementmangel 3E
- 14: Vitaminmangel 3E
- 15: Glandula thyreoidea 3E
- 16: Hepar 3E
- 17: Pancreas 3E
- 18: Lien 3E
- 19: Duodenum 3E
- 20: Colon 3E
- 21: Rectum 3E
- 22: Ovaria 3E
- 23: Endometrium 3E
- 24: Renes 3E
- 25: Vesica urinaria 3E
- 26: Vertebra cervicalis 3E
- 27: Vertebra thoracica 3E
- 28: Vertebra lumbalis 3E
- 29: Dens 3E
- 30: Tonsillae palatinae 3E
- 31: Vitamin B6 3E
- 32: Vitamin B12 3E
- 33: Folsäure 3E
- 34: Ferrum met. 3E
- 35: Jodum 3E
- 36: Silicea 3E
- 37: Epstein-Barr D5 3E
- 38: Candida albicans 3E

Copyright VEGA Grieshaber KG

Bild 1 Vega-Test Behandlungsbeginn

- Lymphomyosot (Heel)
- Lymphdiaral (Pascoe)
- Magnesium Verla®
- Vitamin B6, Vitamin B12, Folsäure (Pascoe),
- SELENOKEHL D4

Zusätzlich

- ZINKOKEHL (nur subkutan)
- SANUVIS (nur i.m.)
- UTILIN „S“ D4 / D6 oder UTILIN D4 / D6 (nur tief i.m.)

Auf den Zusatz von Procain in kleinsten Mengen (z.B. Pasconeural injektopas der Fa. Pascoe), wie zum Teil empfohlen, habe ich im Wesentlichen verzichtet.

Bei unklarer Konstitution in der homöopathischen Anamnese gebe ich zum Teil begleitende Hochpotenzen oder zur Milieuvorbereitung zunächst Mittel wie Mercurius solubilis, Silicea, Nuxvomica oder Okoubaka in der Regel als C30 Einmal-

gabe. Die Infusionen lassen sich ideal mit Akupunktur kombinieren, die sich nicht nur auf die infolge der Großhirnbeteiligung oft vorhandenen Kopfschmerzen günstig auswirkt. Die Gespräche während der Behandlungen nutze ich in der Folge auch für diätetische Hinweise im Sinne einer hypoallergenen, naturbelassenen, ballaststoffreichen Vollwerternährung, zu der auch die Reduktion von Milchprodukten, Alkohol und Schweinefleisch gehört.

Die Behandlung wird im Durchschnitt 1x/Woche durchgeführt, bei Patienten mit ausgeprägten Beschwerden auch 2–3x pro Woche. Nach 5 bzw. 10 Infusionen erfolgen Kontrolluntersuchungen.

Als Kontrollparameter dienen:

- klinische Symptomatik (wichtigster Parameter zur Beurteilung des Therapieerfolgs)
- Vega Check
- Vega Test
- Sonographie (Milz-/Lebergröße)
- laborchemische Diagnostik.

In den Monaten April bis Dezember 2008 verabreichten wir bei ca. 150 Patienten, überwiegend mit chronischer EBV-Problematik, ca. 1700 Basen-Infusionen mit individuell ermittelten Zusätzen.

Bei ca. 95% der Patienten fand sich ein deutlicher Therapieerfolg im Sinne einer erheblichen Besserung der klinischen Symptomatik, einer Verkleinerung der Milz, einer Besserung der Vega Befunde und auch einer – nach anfangs phasenweisem Anstieg – später doch deutlichen Rückbildung der erhöhten EBV-Antikörper. Weitere Laborparameter (z.B. anfängliche Monozytose oder Lymphozytose, erhöhte Leberwerte, pathologische Stuhlausnutzung, erniedrigte antioxidative Kapazität sowie erniedrigte Helferzellen im Lymphozytenstatus) waren ebenfalls rückläufig. Auch die bei sorgfältiger Diagnostik oft nachweisbaren, in der Regel harmlosen Herzrhythmusstörungen verschwanden meist, sogar bei chronisch eingestuftem Autoimmunstörungen wie der Hashimoto-Thyreoiditis, die laut Meinung von Dr. Rau praktisch immer Ausdruck einer Schwermetallbelastung ist.

Bei einigen Patienten treten anfangs deutliche Erstreaktionen im Sinne einer starken Müdigkeit sowie

Schwindel auf. Dies lässt sich durch einschleichende Gabe der vielen einzelnen Ampullenzusätze im Wesentlichen vermeiden. Nebenwirkungen habe ich bisher nicht beobachtet.

In meiner Praxis habe ich schwerkranke Patienten, bei denen die EBV-Problematik neben anderen Immunstörungen aufgrund von z.B. Malignomen, rheumatischen Erkrankungen, Kollagenosen, Colitiden und anderen sicher eine wichtige Rolle spielt. Viel häufiger ist aber das eher unspektakuläre folgende Fallbeispiel:

Praxisfall

Frau S. S., 41 Jahre alt, kam ursprünglich wegen diffuser Gelenkschmerzen mit Betonung der linken unteren Extremität zu mir. Erst nach Befragen gab sie eine seit Monaten wechselhaft auftretende erhebliche Müdigkeit an. Bei einer großen Laboruntersuchung fand sich bis auf eine diskrete Lymphozytose im Differentialblutbild, eine leichte Ferritinsowie eine mittelgradige IgE-Erhöpfung zunächst keine Auffälligkeit. Da die Milz im Rahmen einer Sonographie grenzwertig vergrößert erschien (10,8 cm x 5,8 cm), erfolgte eine EBV-Diagnostik, die folgende Befunde ergab:

- IgG-Antikörper mit 22 (Norm: bis 13) leicht erhöht,
- Anti Nukleäre Antikörper (EBNA) mit 57 (Norm: bis 20) mittelgradig erhöht.
- Early Antikörper (EA) mit 1,4 (Norm: bis 0,9) leicht erhöht.

Die weitere Diagnostik zeigte zudem erhöhte Schilddrüsenautoantikörper als Hinweis auf eine Autoimmun-Thyreoiditis. Sonographisch war die Schilddrüse leicht vergrößert und knotig verändert. Die Stuhluntersu-

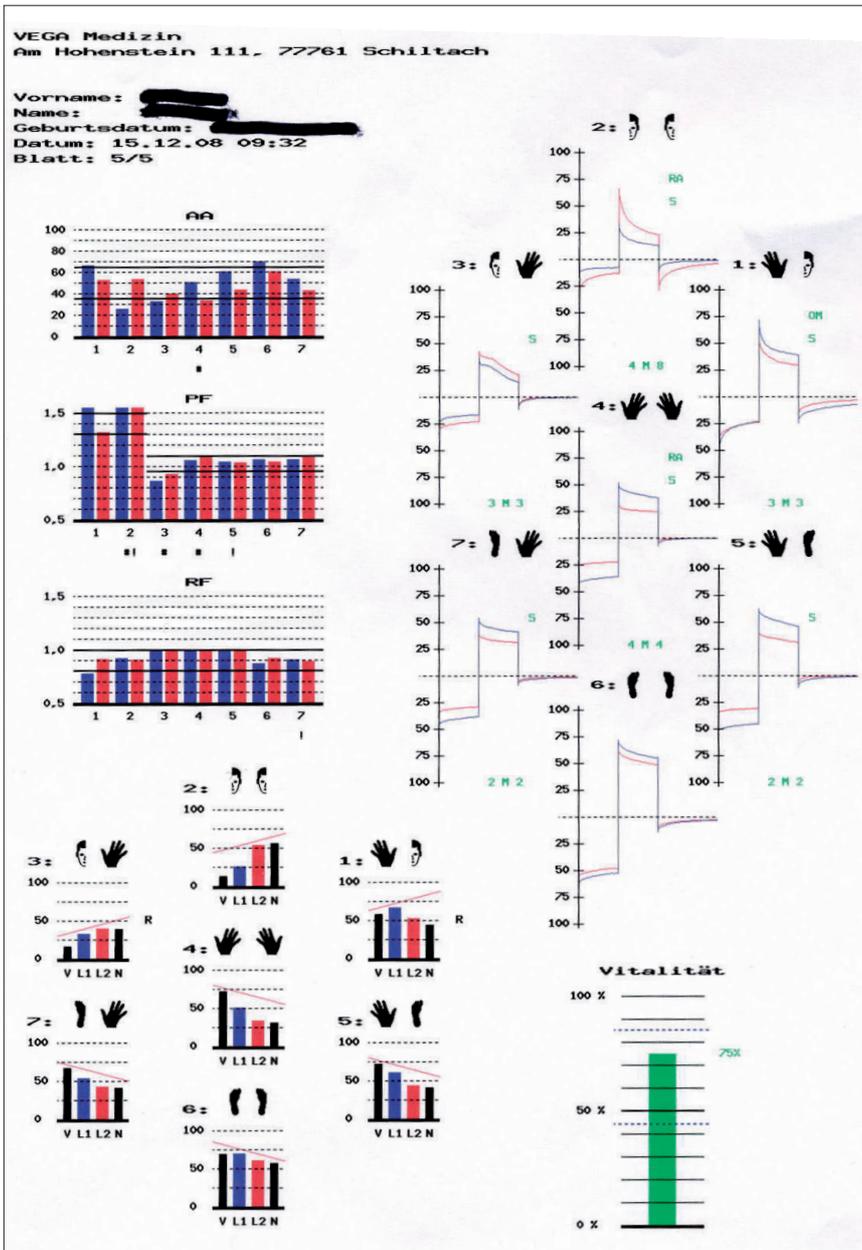
chung auf Ausnutzung erbrachte den positiven Nachweis von Muskelfasern bei normaler Elastase. Bei normalem Ruhe-EKG und unauffälliger Echokardiographie fanden sich im Belastungs-EKG gehäuft polytope ventrikuläre Extrasystolen, im ergänzenden Langzeit-EKG der Klasse LOWN III B zugehörig.

Im Zusammenhang mit der Klinik wurde die Diagnose einer chronischen EBV-Infektion mit Müdigkeitssymptomatik, Hashimoto-Thyreoiditis und Verdacht auf kardiale Mitbeteiligung gestellt.

Schon nach 5 Basen-Infusionen mit Zusätzen in 1-wöchigem Abstand war die Müdigkeit der Patientin deutlich rückläufig bei besserer Belastbarkeit und verkleinerter Milz (jetzt 10,4 x 4,8 cm). Im weiteren Verlauf normalisierten sich das Belastungs-EKG sowie laborchemisch die EBV-Early Antikörper und auch die Schilddrüsenautoantikörper, so dass eine Hashimoto-Thyreoiditis zu diesem Zeitpunkt nicht mehr zu erkennen war.

Anhand der Vega-Befunde konnte der gute Therapieerfolg dokumentiert werden (siehe Bild 2).

Das Beispiel aus dem Praxisalltag soll zeigen, wie sich aus den typischen Mustern die Diagnose ergibt und wie sich der in diesem Fall schnell erreichte Therapieerfolg dokumentieren lässt. Nach den zuletzt erhobenen Befunden wurden zur weiteren Stabilisierung 5 weitere Infusionen empfohlen, die zurzeit noch laufen. Zu ergänzen ist, dass die Infusionsbehandlungen mit Akupunktur kombiniert wurden, wo hingegen auf die Gabe homöopathischer Hochpotenzen verzichtet wurde. Die anfangs geschilderten Beinschmerzen waren zuletzt übrigens nicht mehr vorhanden.



Datum: 15.12.08

VEGATEST expert

Patient: [REDACTED]

Kommentar:

- 1: Störkontrolle -
- 2: 3 Epiphysis 3E 3E
- 3: Hefepilze 3E
- 4: Immunschwäche 3E
- 5: Lymphat. Belastungen 3E
- 6: Glandula thyroidea 3E
- 7: Hepar 3E
- 8: Pancreas 3E
- 9: Lien 3E
- 10: Renes 3E
- 11: Epstein-Barr D30 3E

Copyright VEGA Grieshaber KG

Bild 2 Vega-Test 2 Monate nach Behandlungsbeginn

Folgebehandlung

Es ist naheliegend, bei einer chronischen Infektion die Behandlung nicht mit der 10. Infusion zu beenden. Jedoch stellt die wöchentliche Infusionstherapie sowohl für die Patienten als auch für unser Praxisteam eine hohe Belastung dar, so dass ich nach einem oralen Therapieweg suchte. Dieser ergab sich dann aufgrund einer Fortbildung der Firma SANUM, wobei ich in der Re-

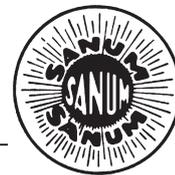
gel folgendes orales Therapieschema als Nachfolgebehandlung einsetze:

- Leitmittel: QUENTAKEHL D4 (2x 1 Kapsel täglich) im Tageswechsel mit NIGERSAN D5 (2x 8 Tropfen täglich gut einspeicheln oder NIGERSAN D4 2x 1 Kapsel täglich) für ca. 3 Wochen.
- UTILIN „H“ D5 1 Kapsel wöchentlich für 5 Wochen.
- mögliche Zusatzmittel: SANUVIS, CITROKEHL, MUCOKEHL, SA-

NUKEHL Pseu sowie SANU-KEHL Myc.

- bei Übersäuerung immer zusätzlich ALKALA N Pulver geben (2x 1 Meßlöffel / Kinder 2x 1/2 Meßlöffel täglich in heißem Wasser gelöst).

Die bisherigen Langzeitkontrollen zeigen, dass unter alleiniger oraler Therapie in manchen Fällen die pathologischen EBV-Antikörper allmählich wieder ansteigen. Unter er-



neuter Zugabe der vorher verwendeten und ausgetesteten Baseninfusionen, jetzt in 3-wöchigem Abstand, kann dieses Phänomen verhindert werden.

Optimal ist in dieser Phase der zusätzliche Einsatz einer Nosodentherapie. Da es die EBV-Nosoden in Ampullenform nur noch zu diagnostischen Zwecken gibt, schwingen wir mit dem Bioresonanzgerät die Informationen der einzelnen Potenzstufen auf den Patienten. Vorher erfolgt mit dem EAV-Gerät die Austestung der Begleitmittel.

Zudem müssen übergeordnete Ursachen wie Schwermetallbelastungen, psychische Blockaden, Zahnherde und sonstige Störfelder aufgedeckt werden. Diese sind auch in den Fällen, in denen die Infusionen nicht helfen, als Regulationsblockaden verantwortlich. Dazu gehört in allen Fällen, in denen die Vega-Testung einschließlich der Mundstrommessung eine Amalgambelastung aufzeigt, die entsprechende Sanierung, die immer von einer Aufbau- und Ausleitungstherapie begleitet werden muss. Zur Bestimmung der Schwermetallbelastung dient auch der orale DMPS Test.

Für viele Patienten, die den Weg in meine Praxis nach einem oft langen Leidensweg finden, ist die jetzt mögliche klar orientierte Infusionstherapie ein Segen. Mit Begeisterung beobachten sie den subjektiv und objektiv nachweisbaren Therapieerfolg.

Bei Patienten, die ihre Müdigkeit auf den Alltagsstress schieben und bei denen noch keine gravierenden Folgeschäden bestehen, gilt es, den Patienten auch im Sinne der Prävention bei den für mich typischen Alarmzeichen sowie auch aufgrund der Begleitbelastungen zu der 1-wöchigen Infusionstherapie zu motivieren. Oft stellen die Patienten

dann während der Behandlung fest, dass es ihnen vorher zwar nicht schlecht, nun aber besser geht.

Ich sehe diesen Artikel bei der oft verkannten EBV- bzw. CFS-Problematik, bei denen die bisher übliche Diagnostik oft völlig normale Befunde ergibt, auch als Chance für andere Kollegen, diesen Weg zu gehen.

„Dialog mit der Universitätsmedizin“

Im Januar dieses Jahres teilte ich meine Praxisbeobachtungen Herrn Prof. Dr. med. Otto Haller, Leiter der Virologie im Universitätsklinikum Freiburg mit. Dieser zeigte sich offen und sehr interessiert und stellte den Kontakt her mit Herrn Prof. Dr. med. Georg Bauer, dem wohl erfahrensten EBV-Spezialisten in Deutschland. Die Mitteilungen von Herrn Prof. Bauer möchte ich in Kürze wiedergeben. Laut Prof. Bauer ist der vermutete kausale Zusammenhang zwischen der chronischen EBV-Infektion und dem Chronic Fatigue Syndrom nicht sicher belegt. Letzteres ist durch eine immunologische Problematik gekennzeichnet, bei der vor allem eine verminderte Anzahl von natürlichen Killerzellen auffällt (Klimas et al., 1990).

Eine Abschwächung des zellulären Immunsystems begünstigt die Virusvermehrung, messbar am Anstieg der Early Antikörper (EA), wobei ein solcher jedoch auch bei rund einem Drittel gesunder Patienten nachweisbar ist.

Gesund ist in meinen Augen ein weitläufiger Begriff. Dennoch wird aus diesem Grund dieser Test von machen Labors nicht angeboten. Auch die nach meiner Erfahrung signifikant nachweisbare Rückbildung des Early-Antikörperanstiegs durch immunologisch aufbauende Therapien spricht für die Bedeutung dieses Markers. Ich teile aber die

Ansicht, dass gerade beim EBV die Serologie immer in Zusammenhang mit der Klinik gewertet werden muss. Seiner Erfahrung nach reagiert eine zufällige EBV-Serologie eher aufgrund einer Schwäche des Immunsystems oder durch eine Grunderkrankung und seltener wegen einer kausalen Rolle des Virus bei dieser Erkrankung.

Zusammenfassung

Als Allgemeinmaßnahmen bei einer Infektion mit Epstein-Barr-Virus empfiehlt man Schonung, Vermeiden von Stressfaktoren und übermäßigem Sport, dafür aber leicht dosiertes Training und eine leichte ausgewogene Kost unter Verzicht auf Alkohol (wegen der Leberbelastung). Baseninfusionen, die individuell zusammengestellt werden und zu denen neben hochdosiertem Vitamin C zahlreiche andere Therapeutika gehören, sind zu 95% wirksam. Homöopathische und isopathische Heilmittel sowie eine gezielte orthomolekulare Therapie latenter Spurenelemente- und Vitaminmängel regen den Körper zu einer natürlichen Immunabwehr an. Wichtig ist auch die Suche nach Zahnherden (speziell an den 3ern, den Eck- bzw. Leberzähnen) und die Ausleitung von Schwermetallbelastungen, die bei der chronischen Verlaufsform meist vorliegen.

Für die Abwehr viraler Infektionen sind die sog. T-Lymphozyten verantwortlich, die zu 80% im Darm, unserem wichtigsten Immunorgan, gebildet werden. So kann eine chronische Amalgambelastung ebenso wie eine unsachgemäße Amalgamsanierung nicht nur Darmpilze fördern, sondern aufgrund der langen Halbwertszeit des Quecksilbers (ca. 18 Jahre) eine relevante Ursache sein. Hier ist der Einsatz von hochdosiertem Vitamin C, Zink, Selen, Algen sowie homöopathischen und



pflanzlichen Ausleitungsmitteln von Nutzen. Eine sehr gute Therapieoption bietet die Akupunktur, nicht nur bei Symptomen wie Kopfschmerzen und Müdigkeit, sondern auch im Sinne einer Immunstärkung sowie einer Wiederherstellung des Gleichgewichts zwischen geschwächter Milz und überschüssigem Leber-Yang bei mangelndem Leber-Yin.

Fast jede chronische Erkrankung, die auf EBV-Infektion beruht oder

als CFS imponiert, ist heilbar, jedoch muss man in abgeschwächter Form oft 6-24 Monate (!) therapieren, um keinen Rückfall zu riskieren.

Letztendlich weisen meine Erfahrungen darauf hin, dass auch virale Belastungen behandelbar sind, in diesem Fall durch eine sinnvolle Kombination naturheilkundlicher Mittel und Methoden.

Für weitere Ideen sowie für jede Rückmeldung bin ich dankbar, dies

im Sinne unseres Kollegen Dr. Gleditsch, der vor ca. 20 Jahren zu uns damals jungen Ärzten sagte: „Ich bin zwar sehr erfahren, stehe aber doch erst am Anfang.“ □

Anschrift des Autors:

Dr. med. Hamid Kermani
Am Haardtchen 8a
57234 Wilnsdorf
Tel. 02739 - 4788-0
Fax. 02738 - 4788-18