



Behandlung von Mykosen mit SANUM-Mitteln, MORA-Therapie und UVB

Erfolgsbeurteilung mit dem OET nach Linke, Stuhlkontrollen und Antikörper-Verlauf

von Dr. med. Gerhard Frick

Das Problem der Mykosen, das aufgrund der katastrophalen Fehlernährung u.a. mit belasteten Nahrungsmitteln etwa die Hälfte der Bevölkerung erfaßt hat, wird von der konventionellen Medizin sehr häufig mit den Worten abgetan: Wir haben doch alle Pilze. Damit wird jeglicher Versuch einer Quantifizierung und Evaluierung bei einem entsprechenden Beschwerdebild von vornherein stigmatisiert. Wenn überhaupt, erfolgt eine Behandlung heute in der Regel mit Antimykotika (7). Wird es dabei belassen und werden die verursachenden Bedingungen nicht geändert, liegt die Rezidivrate über 70%, so daß Resignation bei Patient und Behandler weit verbreitet ist. In der Naturheilkunde ist mit der Einsatzmöglichkeit der SANUM-Mittel ALBICANSAN, PEFRAKEHL und EXMYKEHL usw. jedoch ein Wandel eingetreten. Seit den grundlegenden

SANUM-Therapie der Mykose bei allen chronischen Erkrankungen nach F. Arnoul

Nach Diagnose aus klinischem Bild und Körperausscheidungen:

1. Woche: 2 x tgl. 10 Tr. PEFRAKEHL D5 in 1/2 Glas Wasser
2. Woche: Jeden 2. Tag 5 Tr. ALBICANSAN D5
3. Woche: 3 x tgl. 10 Tr. FORTAKEHL D5
4. Woche: 2 x wöchentl. 10 Tr. NOTAKEHL D5

Eine Woche Pause

Wiederholung 1. bis 4.

Kontrolle klinisches Bild und Körperausscheidungen.

SANUM-Post 23 (1993), S. 7

Tab. 1: Schema der Candida-Behandlung nach Arnoul (1). Die Woche Pause zwischen den beiden Therapiezyklen kann nach unseren Erfahrungen auch schadlos weggelassen werden.

Arbeiten von Heine wird bewußt, daß mit homöopathischen Mitteln durchaus eine erfolgreiche Immunstimulation durchgeführt werden kann (5).

Wir haben uns zum Ziel gesetzt, durch konsequenten Einsatz des von Arnoul in der SANUM-Post Nr. 23, 1993, empfohlenen Schemas (Tab. 1) sowie mit Gaben von EXMYKEHL, ALBICANSAN, NIGERSAN, NOTAKEHL, SANUKEHL Trich usw. zu evaluieren, ob diese Fortschritte durch statistische Methoden belegbar sind.

Material und Methoden

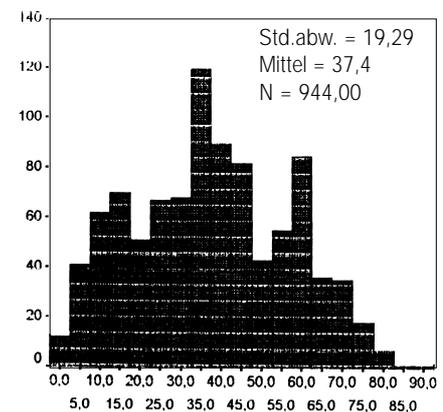
944 Patienten (300 Männern und 644 Frauen) mit Mykosen (Tab. 2) im Alter von 1 bis 94 Jahren (Altersverteilung Abb. 1) wurden in die Studie einbezogen. Da 217 Patienten an einer Mehrfachverpilzung litten,

mußten sie mehreren Gruppen zugeordnet werden. Durch diese Mehrfachzuordnung stieg die Anzahl der Gesamtpilzbefunde auf insgesamt 1161 an. Dabei wurden 653 Candidosen (Tab. 3) zunächst durch-

Häufigkeitsverteilung diagnostizierter Mykosen an 944 Patienten

- 653 Candida
- 326 Aspergillus
- 79 Trichophyton
- 52 Geotrichum
- 32 Penicillium
- 10 Tinea pedis
- 3 Mucor
- 3 Saccharomyces
- 2 Rodotorula
- 1 Actinomyces

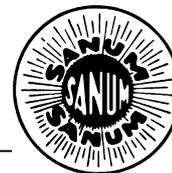
Gesamt: 1161, davon Mehrfachpilze an 217 Patienten



ALTER

Abb. 1: Histogramm der Altersverteilung der 944 Mykosepatienten. Ordinate Patientenzahl, Abszisse Alter in Jahren. Maxima bei 35 und 60 Jahren.

Tab. 2



gehend nach dem Therapieschema von Arnoul behandelt. Den nach dieser Behandlung nicht vollständig geheilten bzw. aus sonstigen Gründen ausgeschiedenen Patienten wurden danach über 20 Tage einmal abends 1 Suppositorium EXMYKEHL verschrieben. An die Gruppe, für die auch nach dieser

Serie kein vollständiger Erfolg erzielt werden konnte, erfolgte die Verabreichung von 5 ALBICANSAN Injektion sc. im wöchentlichen Abstand. Bis dahin nicht geheilte oder ausgeschiedene Patienten wurden abschließend in mindestens 6 Sitzungen mit der UVB nach Dr. Frick behandelt.

Von 326 Aspergillosepatienten wurden 74 mit der MORA-Therapie in dem Verfahren nach Klein und 252 mit der MORA-Therapie unter gleichzeitiger morgentlicher Gabe von 8 Tr. NIGERSAN D5 über 4 Wochen behandelt (Tab. 4).

Bei gleichzeitigem Befall mit Candida und Aspergillus (Mehrfachpilze;

	Patientenzahl gesamt	ausgeschiedene Patienten	Summe der erfolgreich behandelten Patienten	Erfolg %
Arnoul-Schema allein	653	44	295	45,2
Weiterbehandlung mit EXMYKEHL	314	3	402	61,6
Weiterbehandlung mit ALBICANSAN-Inj.	204	7	460	70,4
Weiterbehandlung mit UVB	139	9	590	90,4

Tab. 3: **Candidose-Therapie bei 653 Patienten.** Die Spalte „ausgeschiedene Patienten“ bezieht sich auf Patienten, die ohne Erfolg aus der Therapie ausgeschieden sind. Die Spalte „erfolgreich behandelte Patienten“ erfasst die Summe der auch mit den folgenden Therapieschritten erfolgreich behandelten Patienten, die Spalte „Erfolg“ die prozentuale Summenhäufigkeit der erfolgreichen Therapien.

	Patienten- zahl gesamt	Nur MORA	MORA + Isopathie	Summe der erfolgreich behandelten Patienten	Erfolg %
Aspergillus	326	74	252	322	98,8
Trichophyton	79	40	39	78	98,7
Penicillium	32	20	12	31	96,9

Tab. 4: **Therapie bei Aspergillose und Trichophytie**

	Stuhlproben ohne Befund			pathologische Stühle	
	vor der Behandlung	nach der Behandlung		vor der Behandlung	nach der Behandlung
keine	129	241	mäßig	109	20
vereinzelt	100	61	reichlich	90	11
wenig	2	2	massenhaft	47	2
SUMME	231/477	304/337	SUMME	246/477	33/337
Summe in %	48,4	90,2	Summe in %	51,8	9,8

Tab. 5: An Stichproben von 477 Patienten vor und 337 Patienten nach Behandlung wurden Stuhluntersuchungen durchgeführt. Bis zur semiquantitativen Stufe „wenig“ wird der Befund als normal, darüberhinaus als pathologisch betrachtet.



Tab. 2) wurde zunächst die Candidose und danach die Aspergillose behandelt.

79 Trichophytien wurden mit der MORA-Therapie, oder zusätzlich über 5 Wochen mit je einer Ampulle SANUKEHL Trich pro Woche als Injektion behandelt (Tab. 4).

In 32 Fällen mit Penicillium-Befall wurde die MORA-Therapie und MORA plus NOTAKEHL Tropfen D5 (4 Wochen morgens 8 Tropfen auf nüchternen Magen) eingesetzt.

Die Diagnosesicherung erfolgte in der Gruppe der Candidosen durch Stuhluntersuchungen im Mikrobiologischen Labor Prof. Menzel, Greifswald, semiquantitativ (0 = negativ, 1 = vereinzelt, 2 = wenig, 3 = mäßig, 4 = reichlich, 5 = massenhaft), durch Immunhämagglutinationsstests mit Candida-Antigen-beladenen Erythrozyten bzw. die Titerbestimmung der Anti-Candida-IgM, -IgG bzw. IgA mittels ELISA-Test (Virotech). Die Candida-Serologie wurde durch das Immunologische Labor Dr. Walraph, Neubrandenburg, durchgeführt.

Außerdem wurde in jedem Falle eine Testung in der Elektroakupunktur nach Voll (EAV) an den Nagelfalzendpunkten der Meridiane Al re, Di re oder Lu re mit Candida- und Aspergillus niger-Nosode – bei entsprechender Anamnese auch mit Trichophyton-Nosode – sowie Saccharose durchgeführt. Der Verdacht auf Mykose war nach unserer Erfahrung berechtigt, wenn die Summe der positiven Ausschläge von einem Pilz+Zucker= \geq 10% betrug. Bei Trichophyton war die Bestätigung der klinischen Verdachtsdiagnose nur auf diesem Wege möglich. Die Abschätzung des Schweregrades der Mykose und die Therapieüberwachung erfolgten mit BSG, Blutbild und dem Optischen Erythrozyten-Test (OET) nach Linke (3, 4, 7), der bereits im Heft 48 der SANUM-Post erläutert wurde.

Ergebnisse

Bei den 944 Mykosepatienten war in 864 Fällen ein klinischer Erfolg zu verzeichnen (89,6%). Davon gehen auf die untersuchten Mykosen folgende Anteile (Tab. 3 und 4): 90,4% der Candidosen waren durch die Therapiekombination von Arnoul-Schema, EXMYKEHL, ALBICAN-SAN-Injektionen und UVB erfolgreich zu behandeln, bei der Aspergillose 98,8%, bei der Trichophytie 98,7% und bei der Penicillium-Mykose 96,9%. Die Ergebnisse der Stuhluntersuchungen verschieben sich bei den positiven Resultaten (Stufe 3 bis 5) von 51,8% auf 9,8% (Tab. 5). Der klinische Erfolg korreliert nach Pearson mit den negativen Stuhlbefunden nach Therapie -0,361 ($p < 0,01$). Die für eine Aktivität der Candidose sprechenden Hämagglutinationstiter gegen Candida bewegen sich infolge der Therapie von 43,3% auf 28,2% positive Resultate. Die entsprechenden Titer sinken bei der Aspergillose von 29,4% auf 20% (Tab. 6).

Die IgM-Candida-Titer vermindern sich infolge der Behandlung. Die IgG-Candida-Titer hingegen steigen an. Die IgA vermindern sich bzw. weisen ein indifferentes Verhalten auf. Bei der Aspergillose kommt es infolge der Behandlung ebenfalls zu einer Verminderung der IgM-Titer, wobei es jedoch selten zu einer ausgeprägten IgG-Zunahme kommt. Desgleichen neigen die IgA-Titer fast ausschließlich zu einer Verminderung.

Der Mittelwert der OET (Normalwerte bis 3/40) bei den 326 getesteten Aspergillus-Mykosen tendiert mit 4,8/53,9 eindeutig zum Bereich der Allergien. Infolge der Therapie wird der Mittelwert der OET auf 3,9/47,8 verbessert. Von den 1090 Mykosepatienten weisen nur 3,8% keine Allergien auf und die Patienten haben im Mittel 12,2 \pm 8,5 Allergien (Ergebnis der EAV).

Diskussion

Allein durch die konsequente Anwendung des unmodifizierten Thera-

Titer	Candida vor Therapie	Candida nach Therapie
0	89	43
1 : 80	13	13
	102 = 56,7%	56 = 71,8%
1 : 160	30	12
1 : 320	45	10
1 : 640	3	-
	78 = 43,3%	22 = 28,2%
Titer	Aspergillus vor Therapie	Aspergillus nach Therapie
0	119	45
1 : 80	12	4
1 : 160	16	4
1 : 320	7	1
	35 = 29,4%	9 = 20%

Tab. 6: **Immunhämagglutinationstiter gegen Candida und Aspergillus vor und nach Therapie** (Stichprobe). Die als positiv zu wertenden Titer beginnen bei der Candidose bei 1:160, bei der Aspergillose bei 1:80. Der Anteil der positiven Titer vor und nach Therapie wird bei beiden Mykosen jeweils zusammengefaßt. Der Anteil der nach diesen Titern als aktiv zu wertenden Mykosen geht infolge der Therapie jeweils um etwa 1/3 zurück.

pieschemas nach Arnoul (1993) lassen sich dauerhaft etwa die Hälfte der aktiven Candidosen klinisch heilen. Die knapp 3-wöchige Gabe des vorzüglichen Mittels EXMYKEHL (rektal oder vaginal/rektal im Wechsel) verbessert die Heilungsrate auf 61,6%. Eine zusätzliche Injektionsreihe von 5 Injektionen ALBICAN-SAN D5 in genau wöchentlichem Abstand verbessert die Heilungsquote noch einmal auf 70,4%. Die UVB, auf deren ausgezeichnete immunstimulative Wirkung wir in den Zeiten vor der Wende in der damaligen DDR bei der Mykosebehandlung fast ausschließlich angewiesen waren (2), verbessert die Heilungsquote noch einmal um weitere 20%. Wir haben sie seinerzeit als Mittel der zweiten Wahl nach Nystatin eingesetzt und wurden selten enttäuscht. Sie war damals eine normale Kassenleistung. Da sie jetzt von den Kassen nicht mehr übernommen wird, wagen wir sie den Patienten erst als letzte Hilfe gegen Liquidation anzubieten. Es ist jedoch offensichtlich, daß sie eine höhere Rangfolge nach dem Arnoul-Schema haben sollte, da sie ähnlich wie die Thymustherapie imstande zu sein scheint, die TH2-TH1-Konversion durchzuführen. Die verbleibenden nicht geheilten 63 Mykose-Patienten weisen in hohem Grade therapierefraktäre Candida-Varianten wie *Candida glabrata* und *C. tropicalis* auf und werden jetzt z.T. mit Thymoject behandelt, um die TH2-TH1-Konversion zu versuchen. Die Zahlen sind bis jetzt aber noch zu gering, um eine suffiziente Statistik zu erlauben.

Es soll an dieser Stelle noch darauf hingewiesen werden, daß im Gegensatz zu der gängigen Mykoseliteratur in der Saccharose-Glukose-Karenz auf die wertvolle Rolle des unbelasteten Bienenhonigs geachtet werden sollte. Eine Brassicaceen-Allergie muß allerdings vor dieser Empfehlung ausgeschlossen wer-

den bzw. eine MORA-Therapie gegen Raps vorgenommen werden. Der Bienenhonig enthält wichtige Blütenprodukte gegen Mykosen. Auch die Pentosen aus Vitamin-C-haltigen Früchten werden von der Candida nicht zur Aktivierung ihres Stoffwechsels herangezogen.

Wenn man bedenkt, daß von den 944 Patienten mit klinischer Verdachtssymptomatik auf Mykose im EAV 653 auf die Nosode *Candida*, in 95% auch auf Saccharose ansprachen, von diesen aber bei 477 Stuhluntersuchungen nur 246 (= 51,8%) positiv ausfielen, so wird die unbefriedigende Diagnostik bewußt. Wahrscheinlich spielt sich die Pilzkrankung mehr im oberen Magen-Darm-Trakt ab, so daß der Stuhl aus dem Dickdarm die Mykosesituation nicht voll erfaßt. Immerhin findet sich auch mit der Stuhldiagnostik eine brauchbare Korrelation zu der klinischen Besserungssituation nach der Therapie.

Die Kontrolle der Serologie bringt im Falle der Candidose mit weiteren 43,3% positiven Nachweisen ebenfalls einen diagnostischen Gewinn.

Wenn die Verminderung der Hämagglutinationstiter gegen *Candida* durch Therapie auf 28,2% positive unbefriedigend erscheint, so könnte dies auch durch zu frühe Kontrolltermine nach der Therapie bedingt sein. Häufig ist die klinische Situation bereits besser als die Titerkontrolle anzeigt, so daß man den Eindruck hat, daß die Titer nachhinken.

Wenn der OET (4) zwar im Mittel bei den Mykosen allergische PW aufweisen, so zeigte sich doch, daß etwa 13% der PW (4) im Normbereich liegen und etwa $\frac{1}{3}$ sehr hohe PW haben. Das wird durch die Therapie im Prinzip nicht geändert, aber die hohen PW vermindern sich auf etwa $\frac{1}{10}$. Der EVI (4) eignet sich gut zur Therapieüberwachung insofern, da er gut belegt, daß die

benutzte Therapie den Patienten aus der „Grauzone“ nahe dem tumorverdächtigen Bereich herausführt.

Als **Fazit** meinen wir, nahegelegt zu haben, daß die isopathische Therapie zusammen mit der MORA- und der UVB-Therapie eine wesentlich effektivere Strategie darstellt als die antimykotische Therapie. Da es sich hier nur um eine Pilotstudie aus der Praxis für die Praxis handelt, möchten wir größere Institutionen zu einer kontrollierten doppelblind randomisierten Studie anregen. Bis wir diese haben, sollte aufgrund der vorliegenden Evidenz keinem an Mykose leidenden Patienten der Therapievor-schlag nach Arnoul vorenthalten werden. □

Literatur

- 1) Arnoul, F.: Behandlungsmöglichkeiten bei chronischen Erkrankungen. SANUM-Post 23 (1993), 7-9.
- 2) Frick, G.: Fibel der Ultraviolettbestrahlung des Blutes. 2. Aufl. Verlag Hans Müller, München 1993.
- 3) Frick, G.: Erfolgsbeurteilung mit optischem Erythrozytentest nach Linke. SANUM-Post 40 (1997), 2-5.
- 4) Frick, G.: Der Optische Erythrozytentest nach Linke bei 641 Patienten. SANUM-Post 48 (1999), 8-10.
- 5) Heine, H.: Neurogene Entzündungen als Basis chronischer Schmerzen – Beziehungen zur Antihomotoxischen Therapie. Biol. Med. 26 (6) (1997), 246-250.
- 6) Klein, T.: Welche Varianten der Allergie-Entlastungs- und Löschtherapie werden von den BICOM-Anwendern praktiziert? Zeitschrift der Brügemann GmbH 6 (1993) 24-25.
- 7) Linke, A.: Der erythrozytennahe Plasmaproteinfilmm. Semmelweis-Verlag (1991).
- 8) Nolling, S., B. Guzek, R. Haus: Mykosen des Verdauungstraktes. Medi-Verlag, Hamburg (1995).

Anschrift des Autors:

Dr. med. Gerhard Frick
Gartenstraße 7
17493 Greifswald