

# THERAPIE BEI POST-VAKZIN-SYNDROM & Long-Covid

Florian Schilling

[www.florianschillingscience.org](http://www.florianschillingscience.org)

Version 2.4, Stand 30.10.2022

|  |          |
|--|----------|
| <b>CHRONISCHE ENDOTHELITIS</b> .....   | <b>2</b> |
| KRITERIEN.....                         | 2        |
| INTERVENTION.....                      | 2        |
| <b>AUTOIMMUNITÄT</b> .....             | <b>3</b> |
| KRITERIEN.....                         | 3        |
| INTERVENTION.....                      | 3        |
| <b>MITOCHONDRIOPATHIE</b> .....        | <b>4</b> |
| KRITERIEN.....                         | 4        |
| INTERVENTION.....                      | 4        |
| <b>NEUROINFLAMMATION</b> .....         | <b>5</b> |
| KRITERIEN.....                         | 5        |
| INTERVENTION.....                      | 5        |
| <b>THROMBOEMBOLIE</b> .....            | <b>6</b> |
| KRITERIEN.....                         | 6        |
| INTERVENTION.....                      | 6        |
| <b>ANTIOXIDATION</b> .....             | <b>7</b> |
| KRITERIEN.....                         | 7        |
| INTERVENTION.....                      | 7        |
| <b>V-AIDS</b> .....                    | <b>8</b> |
| KRITERIEN.....                         | 8        |
| INTERVENTION.....                      | 8        |
| <b>ALLGEMEINE AUFBAUTHERAPIE</b> ..... | <b>9</b> |

KRITERIEN

- Nachweis einer Erhöhung der einschlägigen Biomarker:
  - **VEGF**
  - **IL-6**
  - Interferon Gamma (IFN-γ)
  - **CCL5 (Rantes)**
  - Interleukin 2
  - Interleukin 4
  - CCL3

*Fett markierte Werte sind obligat*

INTERVENTION

1. **Beliebiger Positivbefund:**
  - 1.1. Serrapeptase 2x120.000 U/d
  - 1.2. Polyphenole (Kombiniert!): Resveratrol (500mg/d), Quercetin (500mg/d), EGCG (2x500mg/d), Liposomales Curcumin (100-200mg/d)
  - 1.3. NO stärken und Perfusionsstörungen vorbeugen (Vasodilatation): Arginin 50mg/kg/d + Vitamin C 20mg/kg/d
2. **Fehlende Verbesserung / Schwere Ausprägung:**
  - 2.1. Statin mit 10mg/d (Q10 beachten, begleitend 1mg/kg/d)
  - 2.2. Bei RANTES und/oder VEGF positivem Befund: Maraviroc mit 2x300mg/d
  - 2.3. Vedicinals 1x1 Ampulle pro Tag (<https://vedicinals-international.com/product/vedicinals-9/>)
3. IL-6: LDN (Low Dose Naltrexon) mit 1 – 1.5mg/d, ergänzend oder alternativ Ivermectin mit 0.2mg/kg/d
4. **Begleitend: Spike-Clearance beschleunigen**
  - 4.1. NAC (50mg/kg/d) + Artemisinin (2x50mg/d)
  - 4.2. Alternativ: CDL Protokoll C über 3 Wochen
  - 4.3. Ergänzend zu 4.1 + 4.2 kann Ivermectin eingesetzt werden (insbesondere nach Durchbruchinfektion sinnvoll), 0.2mg/kg/d über 3 Wochen

KRITERIEN

- **Nachweis spezifischer Auto-AK**
  - **GPCR-AK**  
(Labore: IMD Berlin, Erde, Cell-Trend, BerlinCures)
  - Gangliosid-AK (IMD Berlin)
  - **TPO-AK, TRAK**
  - **ANA, ENA, ANCA**
  - **APLA, ACLA**
  - GAD-AK
  - TG-AK
  - AMA/M2
  - CCP-AK
  - **ACE2-AK** (E.R.D.E.-AAK Labobr)
  - Diabetes Typ 1 Autoantikörper (IAA, ICA, GAD65A)
- **Nachweis autoreaktiver nCoV2-AK**
  - Positive Serumchallenge BHI (BHI vor und nach Zugabe Patientenserum)  
(Labor: MMD Magdeburg)
- **Mastzell-Aktivierungs-Syndrom (MCAS)**
  - Erhöhter **Histaminspiegel** (Serum) und/oder
  - Erhöhte Serum-Tryptase
  - IgM-PEG-AK
  - IgE-PEG-AK

*Fett markierte Werte sind obligat*

INTERVENTION

1. Dexamethason 20mg/d
2. Sekundäre Pflanzenstoffe
  - 2.1. Polyphenole (Mitocare) 3x5/d
  - 2.2. Silent Immune® 3x2/d
3. Apherese 2x/Woche über 2 Wochen (optimal: Inuspherese)
4. Alternativ zu Apherese: Rituximab 2x1000mg im Abstand von 2 Wochen
  - 4.1. Begleitmedikation beachten
5. Es liegen vermehrt positive Erfahrungen mit Mikroimmuntherapie vor
6. Spezifische Antidote:
  - 6.1. GPCR-AK werden durch Maraviroc antagonisiert (vgl. Endotheliitis)
  - 6.2. ACE2-AK: Sartane
7. MCAS: Kombinierte Gabe von Antihistaminika
  - 7.1. Disloratadin 1x10mg/d
  - 7.2. Famotidin 2x20mg/d; Hypoazidität ggf. durch Betain-HCl ausgleichen, um dyspeptischen Beschwerden vorzubeugen
  - 7.3. Absolute PEG-Karenz (enthalten in Pflegeprodukten, Medikamente, Waschmitteln, etc.)
8. Erneute Bestimmung der Auto-AK nach Abschluss der Apherese bzw. 2 Wochen nach Abschluss Rituximab
9. AK-negativer Befund:
  - 9.1. Adjustierung der Dexamethason-Dosis, nach Möglichkeit Dosisreduktion (10mg - 5mg - Absetzversuch)
  - 9.2. Weiterführung der sekundären Pflanzenstoffe für > 2 Monate
10. AK-positiver Befund:
  - 10.1. Wh. der Apherese bis zum Erreichen eines AK-negativen Befundes

## POST-VAKZIN-SYNDROM & LONG-COVID

- 10.2. Alternativ: Dosiserhöhung Dexamethason auf <100mg
- 10.3. Alternativ: Wh. Rituximab analog (4.)
- 10.4. Nach Erreichen eines AK-negativen Befundes Vorgehen analog (6.)
11. Follow Up der Auto-AK alle 3 Monate (anzunehmende Remissionszeit im Mittel 4-6 Monate)

## MITOCHONDRIOPATHIE

### KRITERIEN

- Nachweis einer Mitochondriopathie:
  - **LDH-Isoenzyme**
  - M2PK
  - **TKTL1 (Bei Tumorpatienten)**
  - Positiver BHI
  - Nachweis autoreaktiver Spike-AK
  - Mitochondriendichte/Zelle
- Ergänzend: Stellvertretende Parameter der mitochondrialen Genexpression (z.B. Nrf2, PRARy, PGC-1a, mtDNA copy number, etc.)
- **CAVE: Autoreaktive nCoV2-Spike-AK müssen ausgeschlossen werden. Bei Positivbefund ist das Vorgehen unter Autoimmunität indiziert!**

*Fett markierte Werte sind obligat*

### INTERVENTION

1. Mitochondriale Mikronährstoffe, z.B. Mitochondrien Formula Sport 2x2/d
2. Aktivierung der Mitochondrien
  - 2.1. Polyphenole 3x3/d
  - 2.2. Melatonin 20-50mg/d
  - 2.3. PQQ + Q10 in Kombination (Verhältnis 1:1), Gesamtdosis für beide zusammen 1mg/kg/d
  - 2.4. NAC > 1.200mg/d (DAO-Hemmung beachten bei MCAS)
  - 2.5. Tagatose + Galactose (z.B. TAGA-Mix)
  - 2.6. Alternativ oder zusätzlich:
    - 2.6.1. IHHT 2-3/Wo
    - 2.6.2. Heilpilze, z.B. Vitalpilze 2x2/d
    - 2.6.3. HBO 1-2/Wo (optimal: 2.0 atm mit 100% O<sub>2</sub>)
    - 2.6.4. Butyrat 3x1000mg/d
    - 2.6.5. Phosphatidylcholin (>500mg/d)
3. Follow Up der Positivmarker nach 6-8 Wochen mit Adjustierung der Maßnahmen (1.+2.)

KRITERIEN

1. Nachweis **IDO/KMO** Aktivitätssteigerung (Cave: Ausschluss einer Trp-Depletion erforderlich)
  - 1.1. Alternativ: Nachweis Erhöhung **Quinolinsäure**
2. Nachweis einer Neuronenschädigung: **NSE**
3. Optional Nachweis einer Bluthirnschranken-Schädigung: S-100, Zonulin (Serum), alpha-1-Antitrypsin (Serum)

*Fett markierte Werte sind obligat*

INTERVENTION

1. **Basis-Maßnahmen**
  - 1.1. Polyphenole 3x5/d
  - 1.2. Melatonin >20mg/d (kann gesteigert werden auf <2mg/kg KG)
  - 1.3. Artemisinin 2x50mg/d
  - 1.4. Magnesium hochdosiert (z.B. 4x250mg/d)
  - 1.5. Benfothiamin (z.B. Milgamma) 300mg/d
  - 1.6. Liposomales Glutathion und Phospholipide, z.B. Lipo Glutathion Booster
2. **Bei schwerer Ausprägung (Massiver Brain Fog, Tinnitus, Schwindel, Fatigue):**
  - 2.1. Intranasale Therapie
    - 2.1.1. 2mg Dexamethason 2x/Wo
    - 2.1.2. Optional zusätzlich: 20 IU Kurzzeitinsulin 2x/Wo
  - 2.2. NMDA-Antagonisten
    - 2.2.1. Dextromethorphan 4-20mg/d
    - 2.2.2. Alternativ: Memantin 10-20mg/d
3. Bei Trp-Depletion:
  - 3.1. 200mg 5-HTP
  - 3.2. Stoffwechsel-Cofaktoren, z.B. Neuroaktiv lt. Angabe
4. **Unterstützende Therapie:**
  - 4.1. Ernährungsumstellung auf Ketogene Ernährung
  - 4.2. Intervallfasten
  - 4.3. Exogene Ketonkörper (<https://dgname.shopketo.com/de>)
5. Follow up der Positivmarker nach 4 Wochen
  - 5.1. Bei günstigem Verlauf:
    - 5.1.1. Ausschleichen der IN Therapie
    - 5.1.2. Fortführung von (1. und 4.) für > 3 Monate

KRITERIEN

- **Positivbefund bei D-Dimer**
- **Auffällige RDW**
- **(Intermittierende) Thrombopenie**
- **Positivbefund bei Endotheliitis**
- **Antiphospholipid-Antikörper**
- Komplementaktivierung (C3q, C4q)
- Erhöhtes Ferritin
- Erhöhtes Calprotectin
- **CAVE: Negativbefund D-Dimer schließt atypische Amyloid-Gerinnsel nicht aus**
  - Nachweis über TEG (Thromboelastographie)
  - **Alternativ: Probatorische Intervention mit Nattokinase NSK-SD (2000 FU/d)**
  - Bei Verbesserung: Weiterführen, ggf. auf Tripeltherapie (siehe unten) wechseln
- Optional: oxLDL und hsCRP

*Fett markierte Werte sind obligat*

INTERVENTION

1. **D-Dimer positiv:**
  - 1.1. Nattokinase NSK-SD mit 2000 U/d
  - 1.2. Serrapeptase 2x120.000 U/d
  - 1.3. Eliquis 2x2,5mg/d
  - 1.4. Unzureichende Verbesserung: Vedicinals 1x1 Ampulle pro Tag (<https://vedicinals-international.com/product/vedicinals-9/>)
2. **D-Dimer negativ:**
  - 2.1. Punkte 1.1 + 1.2 probatorisch einsetzen, bei Verbesserung weiterführen
  - 2.2. *Alternativ: TEG zum Ausschluss von Amyloid-Gerinnseln*
3. **Parallel zu 1. und 2. Allgemeine unterstützende Therapie**
  - 3.1. NO stärken und Perfusionsstörungen vorbeugen (Vasodilatation): Arginin 50mg/kg/d + Vitamin C 20mg/kg/d
  - 3.2. Intravasal wirksame Antioxidantien
    - 3.2.1. Oral Vitamin C 3x1000mg/d, alternativ 2-4/Woche 5-7.5g iv.
    - 3.2.2. Liposomales Glutathion 150mg/d
  - 3.3. Optional: O2 (iv via Oxyvenierung oder HBO); *CAVE: IHHT diesbezüglich nicht wirksam*
4. **Positivbefund RDW: Isovolumischer Aderlass + Nattokinase (siehe oben)**
  - 4.1. Normaler Hb: 500ml
  - 4.2. Grenzwertiger/Verminderter Hb: <250ml, ggf. Wh
  - 4.3. Parallel Knochenmarksunterstützung, z.B. Haematogen®/Moferrin® (Eisen) + B-Komplex
  - 4.4. Optional: O2 (iv oder HBO)
5. In schweren Fällen (Hohes Risikopotential, relevante Vorerkrankungen, Apoplexie/KHK in der Anamnese): HELP-Apherese

*Hinweis: Bei Geimpften wurden noch nach 4 Monaten zirkulierende Spike-Exosomen nachgewiesen, der Zeitraum der Prophylaxe ist daher entsprechend großzügig zu bemessen. Apherese kann den erforderlichen Zeitraum der Thromboseprophylaxe deutlich verkürzen.*

### ANTIOXIDATION

#### KRITERIEN

Initial ist nach Impfung eine ausgeprägte Oxidose wahrscheinlich. Diese kann durch die initiierten Pathomechanismen über die Zeit ausgeweitet werden. Ausreichende Antioxidation ist ein Schlüsselfaktor der allgemeinen Stabilisierung.

- Positivbefund eines oder mehrerer der folgenden Radikalenmarker:
  - **oxLDL (MDA-LDL)**
  - **Lipidperoxide**
  - Nitrophenylelessigsäure
  - Methylmalonsäure
- *Cave: Die Messung der Antioxidativen Kapazität ist ungeeignet und liefert eine extrem hohe Quote falsch-negativer Resultate*

*Fett markierte Werte sind obligat*

#### INTERVENTION

##### 1. **Orale Therapie**

- 1.1. NAC 2x50mg/kg KG/d; Cave: Bei Histaminintoleranz oder Mastzellsyndrom begleitende Medikation mit Histaminblockern erforderlich, da die DAO-Aktivität gesenkt wird.
- 1.2. Vitamin C >3x1000mg/d
- 1.3. PQQ + Q10 in Kombination (Verhältnis 1:1), Gesamtdosis für beide zusammen 1mg/kg/d
- 1.4. Vitamin E 10-20mg/d
- 1.5. ALA (Alpha-Liponsäure) 2x300mg/d
- 1.6. Melatonin >20mg/d
- 1.7. Benfothiamin 300mg/d

##### 2. **Bei hoher Radikalenbelastung Initiale Infusionstherapie:**

- 2.1. Durchführung <3x/Wo
- 2.2. Vitamin C <7,5g als Kurzinfusion
- 2.3. Glutathion 50mg/kg KG als Injektion; CAVE: Schwefelintoleranzen durch Mikrodosen vorab ausschließen!
- 2.4. Optional: NAD mit >5mg/kg KG

#### KRITERIEN

Rezidivierende Infekte, Reaktivierung latenter/chronischer Infekte, Rezidivtätigkeit bei onkologischen Indikationen

- Positivbefund bei >2 der folgenden Untersuchungen:
  - **NK-Aktivität** <10% und unzureichende Aktivitätssteigerung durch IL-2-Zusatz (<25%)
  - **Th1-Insuffizienz** (IFN- $\gamma$ , stimuliert), häufig in Kombination mit Th2-Dominanz (IL-4, stimuliert)
  - Neutralisierende Spike-IgG <10% der Gesamt-Spike-AK
  - Erhöhte T-Reg
  - Erhöhtes TGF- $\beta$
  - CD-Profil: Quantitatives Defizit bei zytotoxischen Zellen und /oder Helferzellen

*Fett markierte Werte sind obligat*

#### INTERVENTION

Eine allgemeingültige Medikation ist hier nicht möglich. Jenseits basaler Maßnahmen sollten potentielle Wirkstoffkandidaten durch entsprechende in-vitro-Testungen im Vorfeld identifiziert werden.

1. Basale Stimulation
  - 1.1. Colostrum
  - 1.2. Biobran (MGM-3) mit 2x1000mg/d
    - 1.2.1. Follow Up: Anstieg NK-Aktivität?
  - 1.3. Vitamin C 2x1500mg/d
  - 1.4. NAC mit 50mg/kg KG/d
2. In-vitro-Identifikation individueller Immunstimulantien (*CAVE: Manche der folgenden Zellansätze werden herkömmlicherweise als „Hemmtests“ bezeichnet, da die reguläre Indikation chronische Entzündungsprozesse sind, d.h. eine immunhemmende Wg. angestrebt wird. Hier ist eine gegenteilige Interpretation indiziert!*)
  - 2.1. NK-Aktivierungstest (Zielwert: >25%)
  - 2.2. IFN- $\gamma$ -Freisetzungstest
  - 2.3. IL-4-Freisetzungstest
  - 2.4. TNF-alpha-Freisetzungstest
  - 2.5. *Alternativ zu 2.2-2.4:* Effektorzelltypisierung (Freisetzung von IFN- $\gamma$ , TNF-a, IL-10 und IL-2 auf ein Agens; IMD Berlin)
  - 2.6. Klassische Immunmodulatoren jeweils: Vitamin D (VDR prüfen!), Polyphenole, Transferfaktoren, Pilzextrakte, Mistelextrakte
3. Es liegen zunehmend positive Erfahrungen mit der Mikroimmuntherapie vor

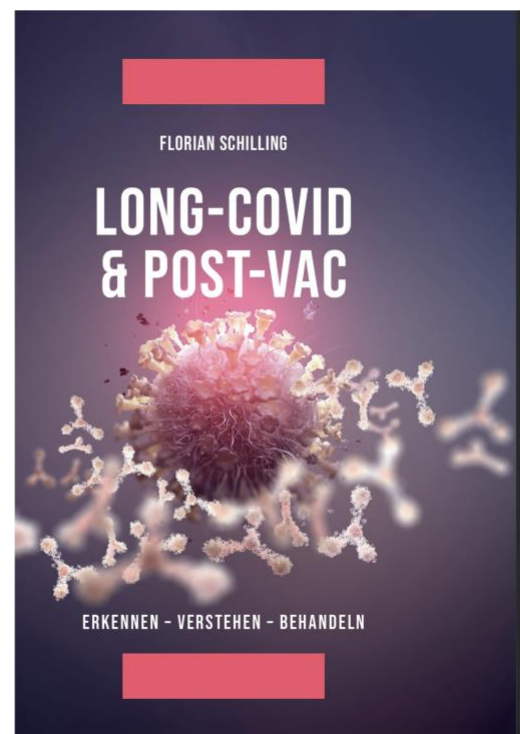
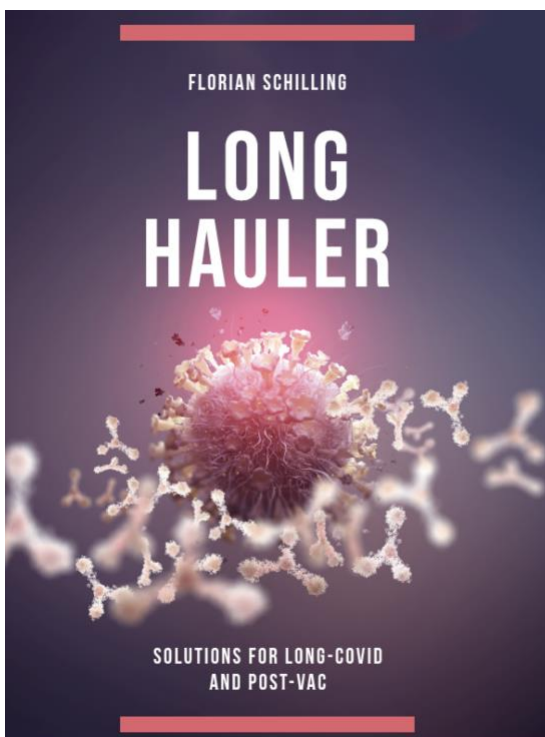


**ALLGEMEINE AUFBAUTHERAPIE**

Die ausreichende Verfügbarkeit basaler Mikro- und Makronährstoffe muss gewährleistet werden, wobei ein gleichzeitig erhöhter Bedarf in Rechnung zu stellen ist. Die Dosierungen sind individuell anzupassen.

1. Makronährstoffe
  - 1.1. Essentielle Aminosäuren (z.B. MAP-basierte Präparate)
  - 1.2. Mehrfach ungesättigte Fettsäuren und Phospholipide (z.B. Omega PL)
    - 1.2.1. Bei Neuroinflammation können Phospholipide iv. in Erwägung gezogen werden
  - 1.3. Nukleotide
2. Mikronährstoffe
  - 2.1. Fettlösliche Vitamine (z.B. ADEK)
  - 2.2. B-Komplex (auf bioverfügbare Aufbereitung achten, insbesondere Methylfolat und Methylkobalamin)
  - 2.3. Vitamin C
  - 2.4. Mitochondriale Mikronährstoffkombinationen (z.B. Mitochondrien Formula Sport, Dialvit 44)
  - 2.5. Mineralkomplexe (Elektrolyte plus Spurenelemente)

**Ausführliche Darstellung im Handbuch – für Betroffene & Therapeuten**



Erhältlich bei **Tredition** & im Buchhandel

[www.tredition.com](http://www.tredition.com)