

Case Report 1

Angewandte Methode(n) MIKROIMMUNTHERAPIE

Datum: Jänner 2007

Dr. Bubendorfer Ursula am Bach 9
A-6330 Schwoich, am Bach 9

AN. JO. 15.2.1955 m. 51 J.

FA :Vater Lungenca, Mutter Uterusca,

Sozialanamnese:Schlossereifacharbeiter, verh. 1 Kind

KK: Mumps, Scharlach

Impfungen: keine in den letzten Jahren

FK (Frühere Krankheiten): vor 18.LBJ. 3 Wochen Diarrhoe + Fieber!! , Iritis mit 20 LBJ. Tonsillektomie 1974, rez. Otitis als Kind 2.2001
passager Herzrythmusstörungen 2.2001

JK (Jetzige Krankheiten):09.2003: Dolenz: SIG, LWS, BWS, Iritis re 12.02,Iritis re 8.03,

AA (aktuelle Anamnese), Beschwerdebilder :rez. Iritis in immer kürzeren Abständen, LWS, BWS , HWS, Schmerzen+ Steifigkeit morgens , stark wechselnd, Verschlechterung mit starken Schmerzen in der kalten Jahreszeit rez. Cephalaea Stirnbereich, Prostatahypertrophie

EB: (erhobene Befunde, inkl. Zahnstatus) 2003:

CRP 2003: 0,88 (n-0.50) Aslo 292, LWS Beweglichkeit eingeschränkt (FBA 25,)

EBV:IGG VCA:1:1280, EBNA 1:160 HLA: B27 pos, A2, B24

Amalgam dzt noch 2 , (in den letzten Jahren schrittweise entfernt) 1 wurzelbehandelter Zahn , einige fehlende Zähne

Konventionelle Diagnose:

HLA B27-assoziierte Arthritis, M. Bechterev Diagnosestellung 1999

Rez Iritis,

plantarer Fersensporn re> li

langjährige PSA Erhöhung

Basistherapie mit Salazopyrin,+ Rheutrop , bei Iritisschub lokal Cortison,

Methodenspezifische Diagnose)

Autoimmunerkrankung , chron .EBV Belastung,

Immunstatus: immunitäre Hyporeaktion, B19+5: deutlich erhöht, im Sinne eines Autoimmunverfahrens,

Behandlung Mikroimmuntherapie: Antiinflammatorische Botenstoffe und Medikamente in homöopathischer Dosierung:

**2L ARTH + IL 8/12/ 17/ 18 C30 NO C9, + NO C30 bei Schubsymptomatik
+ 2L EBV, IL10/TGF beta C30,wegen chronisch reaktiverter EBV Infektion,
Eigenblut - C30 und XMK,
SMM C27 (spezifisch modulating Moleküles), ,**

Verlauf (Kontrolle) Halbjährlich Immunstatus + EBV Kontrolle + Proteinprofil:

B19+5 passager erhöht nach Zahnextraktion 11.06. CRP: 0,51 11.06 deutliche
Besserung der immunitären Hyporeaktion (Verlaufsbeobachtung mit Immunstatus),
leichte IGA Erhöhung, im Sinne einer geringen entzündlichen Komponente ,
Haptoglobin , Alpha 1 Glycoprotein im Normbereich.

Ergebnis: Deutliche Besserung von Schubstärke und Schubinterwallen,
kaum Morgensteifigkeit, gute Beweglichkeit mit Streckhaltung der LWS, FBA 0!!!
Selten leichte Iritis,(2006 nur 2x 1 Woche) aber nur in Form von lokalem Kratzen im
betroffenen Auge, Salazopyrin abgesetzt, nach vorsichtigem Ausschleichen Mitte
2005.

Anmerkungen, Kritik :

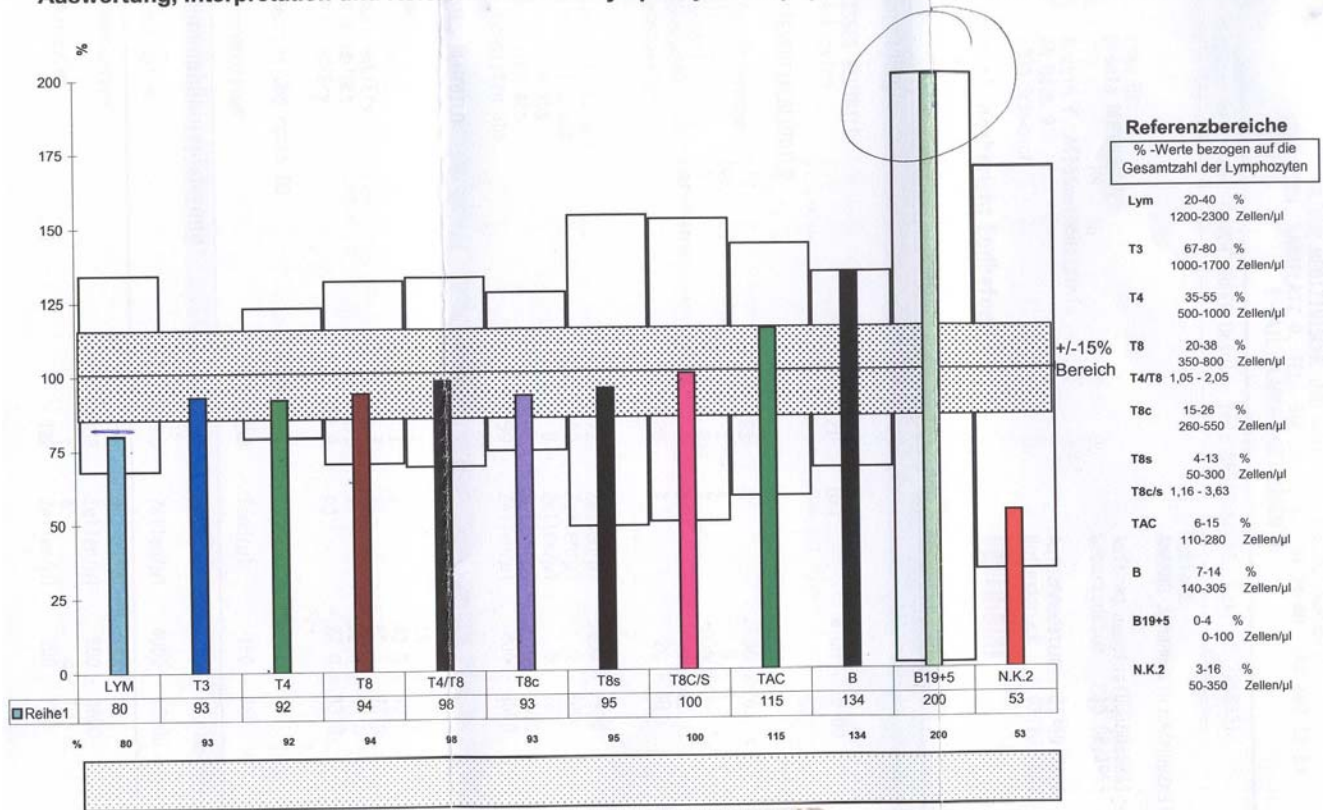
Verlaufsbeobachtung dzt. 3 Jahre:

**Die Krankheitsaktivität und lokalen Entzündungen im Bereich der gesamten
Wirbelsäule sind seit Behandlungsbeginn 2003 deutlich zurückgegangen,
ebenso die rheumatischen Schubhäufigkeit und Dauer, früher Dauer bis 4
Wochen mit Verschlechterung im Winter. die iritischen Schübe waren
zunehmend leichter und sprechen rasch auf eine lokale kurzdauernde
Cortisontherapie an.**

**Guter AZ ,ist sehr kooperativ, hat auch die Ernährung umgestellt,(mehr
Gemüse, Salate, kohlehydratreduziert, Patient betreibt regelmäßig Sport ,
Radfahren , Fitnessstudio,**

**ist voll beweglich , insbesondere die gesamte Wirbelsäule, hat auch in der
kalten Jahreszeit nicht wie früher vermehrt Beschwerden !! Eine
kontinuierliche Therapie mit homöopathisch aufbereiteten antientzündlichen
Botenstoffen (incl. TNF alpha in dem Komplexmitte 2L ARTH), II 12/17/ 18/23
C30,Eigenblut XMK und spezific modulating Molekülen (SMM)C27, scheinen
gut bei dieser chronischen Autoimmunerkrankung zu wirken und die
Progredienz zu stoppen, ja die Beweglichkeit ist sogar besser geworden(siehe
FBA) und das ohne klassische Therapie mit Salazopyrin und Antirheumatika
seit 1 ½ Jahren!**

Auswertung, Interpretation und Referenzwerte der Lymphozytensubpopulationen nach Dr. MARICHAL (3 IDI 1996)

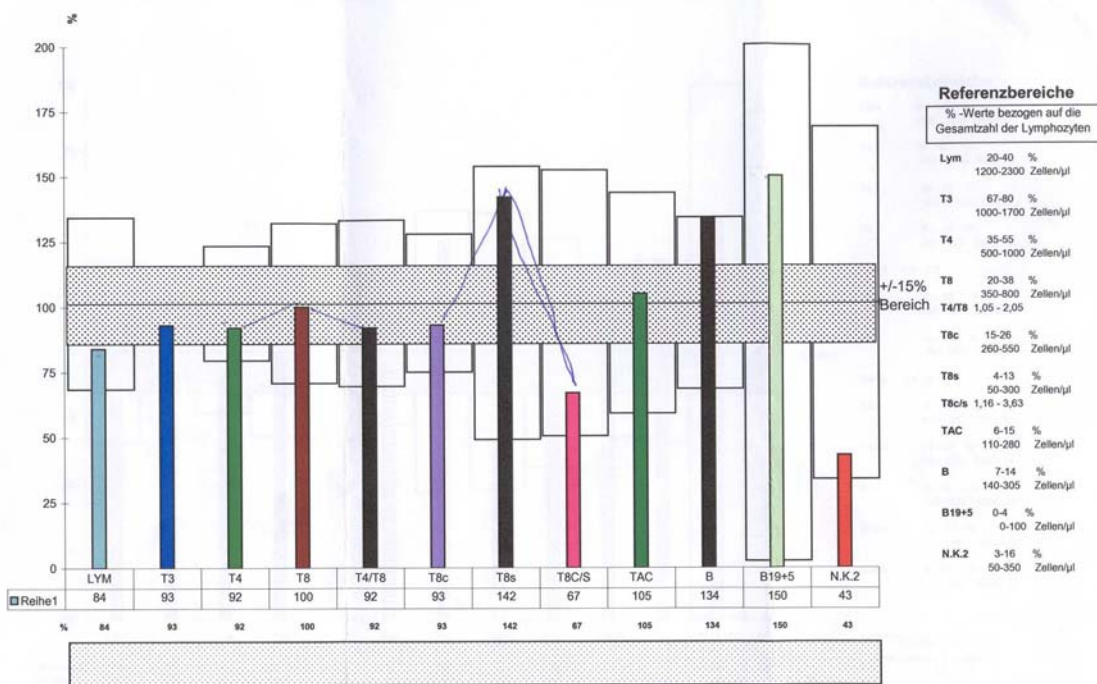


Referenzbereiche	
% -Werte bezogen auf die Gesamtzahl der Lymphozyten	
Lym	20-40 % 1200-2300 Zellen/µl
T3	67-80 % 1000-1700 Zellen/µl
T4	35-55 % 500-1000 Zellen/µl
T8	20-38 % 350-800 Zellen/µl
T4/T8	1,05 - 2,05
T8c	15-26 % 260-550 Zellen/µl
T8s	4-13 % 50-300 Zellen/µl
T8c/s	1,16 - 3,63
TAC	6-15 % 110-280 Zellen/µl
B	7-14 % 140-305 Zellen/µl
B19+5	0-4 % 0-100 Zellen/µl
N.K.2	3-16 % 50-350 Zellen/µl

Patient: **AN JO** NR: **03 1001 0211**
 Geb. Dat.: **15.02.1955** Geschlecht: **m**

Werte sind prozentuelle Abweichung vom Mittelwert des Referenzbereiches.
 Druckdatum: 01.10.03

Auswertung, Interpretation und Referenzwerte der Lymphozytensubpopulationen nach Dr. MARICHAL (3 IDI 1996)

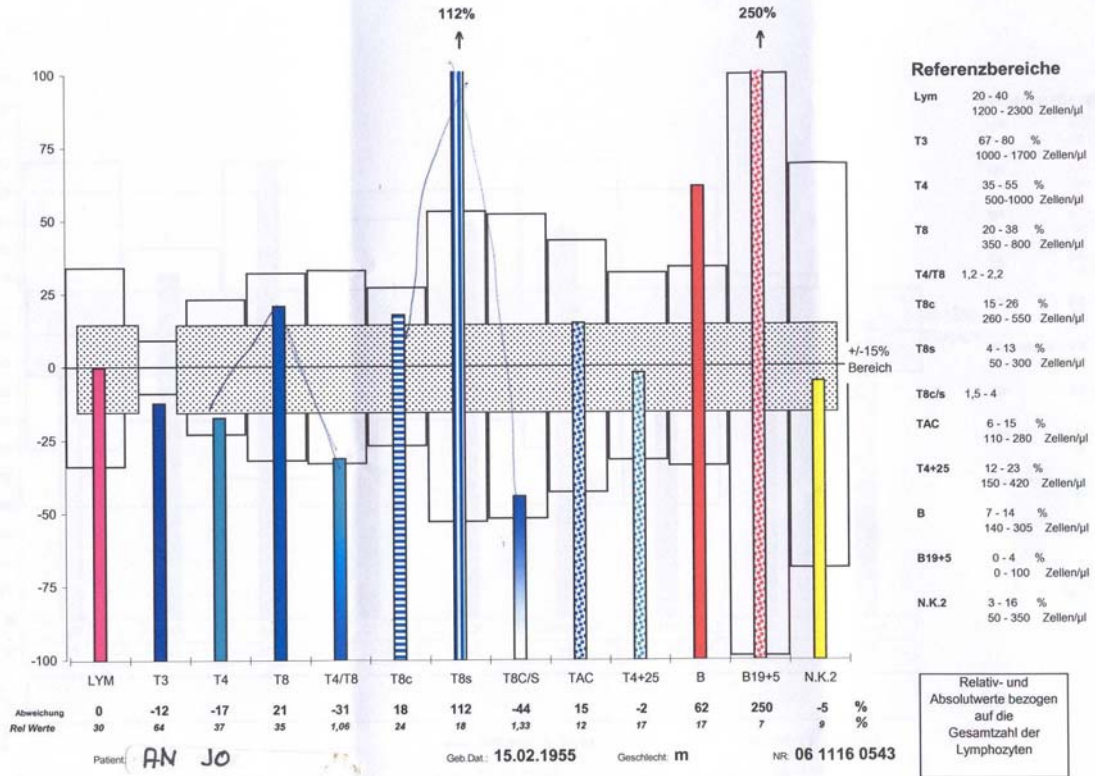


Referenzbereiche	
% -Werte bezogen auf die Gesamtzahl der Lymphozyten	
Lym	20-40 % 1200-2300 Zellen/µl
T3	67-80 % 1000-1700 Zellen/µl
T4	35-55 % 500-1000 Zellen/µl
T8	20-38 % 350-800 Zellen/µl
T4/T8	1,05 - 2,05
T8c	15-26 % 260-550 Zellen/µl
T8s	4-13 % 50-300 Zellen/µl
T8c/s	1,16 - 3,63
TAC	6-15 % 110-280 Zellen/µl
B	7-14 % 140-305 Zellen/µl
B19+5	0-4 % 0-100 Zellen/µl
N.K.2	3-16 % 50-350 Zellen/µl

Patient: **AN JO** NR: **06 0405 0620**
 Geb. Dat.: **15.02.1955** Geschlecht: **m**

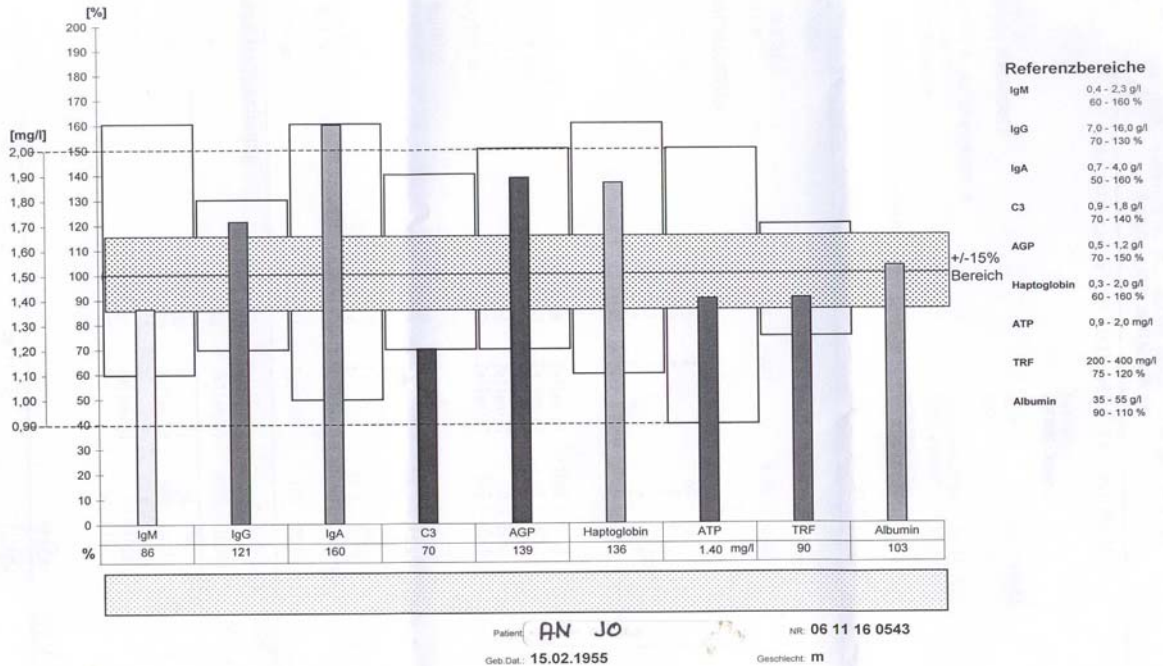
Werte sind prozentuelle Abweichung vom Mittelwert des Referenzbereiches.
 Druckdatum: 05.04.2006

Grafische Darstellung der Lymphozytensubpopulationen



Darstellung der Relativwerte der Subpopulationen als prozentuelle Abweichung vom Mittelwert des Referenzbereiches in Prozent des Referenzbereiches.
 Druckdatum: 16.11.2006

Proteinprofil nach Dr. Gladys



Werte sind prozentuelle Abweichung vom Mittelwert des Referenzbereiches.
 Druckdatum: 16.11.2006

Case Report 2

Angewandte Methode(n) Mikroimmuntherapie

Verfasser Dr.. Bubendorfer Ursula am Bach 9
A-6330 Schwoich

BE .SU. 31.5.62 44 J, w.

FA (Familienanamnese,)

Großmutter väterlicherseits + Vater Asthma,
Mutter rez Bronchitis , Infektanfälligkeit Lunge

Sozialanamnese: Akademikerin, verh. 4 Kinder

KK (spezielle Kinderkrankheiten) Röteln, Varicellen, Pertussis

Impfungen: in den letzten Jahren keine , war immer sehr zurückhaltend diesbzüglich, da im 16.Lbj nach einer Grippeimpfung?? .(welche?das ist nicht genau eruierbar) Atemnot und Quaddeln auftraten

FK (Frühere Krankheiten) Blasenschwäche , rez. Sinusitis,
Cyste Kieferhöhle re ,Discusvorwölbung HWS, Herpes Zooster ca 1990

JK (Jetzige Krankheiten), AA (aktuelle Anamnese), Beschwerdebilder

AA: Seit 18 Jahren rez. spastische Bronchitis ,erstmals Asthmamittel rez. Sinusitis, immer waren Antibiotika notwendig (Clavamox , Vibramycin, Biocef)

JK: seit 9.05 ständig krank , verschleimt, eitriger Auswurf

Fängt jeden Infekt von ihren Kindern auf .

Seit 3. Grav vor 6 Jahren(4 Kinder) Verschlechterung, seither kontinuierlich Antiasthmatica: Flixotide, Serevent vorher Bricanyl,), Akupunktur und Bioresonanz mit ca 30 Jahren sine effectu

EB (erhobene Befunde, inkl. Zahnstatus):Erstkonsultation: 15.11.2005

44 jährige Patientin G: 84, LG 164

Übergewichtig, reduz. AZ, pastös, kalte Füße, Pulmo: versch. Va, + fortgeleitete RGs, geringe Lymphknoten angulär,

mehrer Goldplomben + 2 wurzelbehandelte 6+7 OK re
in zahnärztlicher Kontrolle = Amalgam 0, nur Goldinlets

Konventionelle Diagnose: Asthma. bronchiale , chronische Sinusitis,
Pollinose (Birke , Erle Hasel), Tierhaarallergie (Hund)
Autoimmunthyreopathie, Struma multinodosa,

Methodenspezifische Diagnose

Immunstatus:15.11.2006 Hyperreaktiv, bakterielle bzw mycotische Starre , chronisch virale Belastung ,

Angewandte Kinesiologie: Kuhmilchintoleranz, Dysbiose, Mycose,
(keine chron. EBV, Cytomegalie, Respiratory- Syncytialvirusbelastung)

Keine erhöhten B Zellen im Immunstatus= keine toxisch-allergische Säule

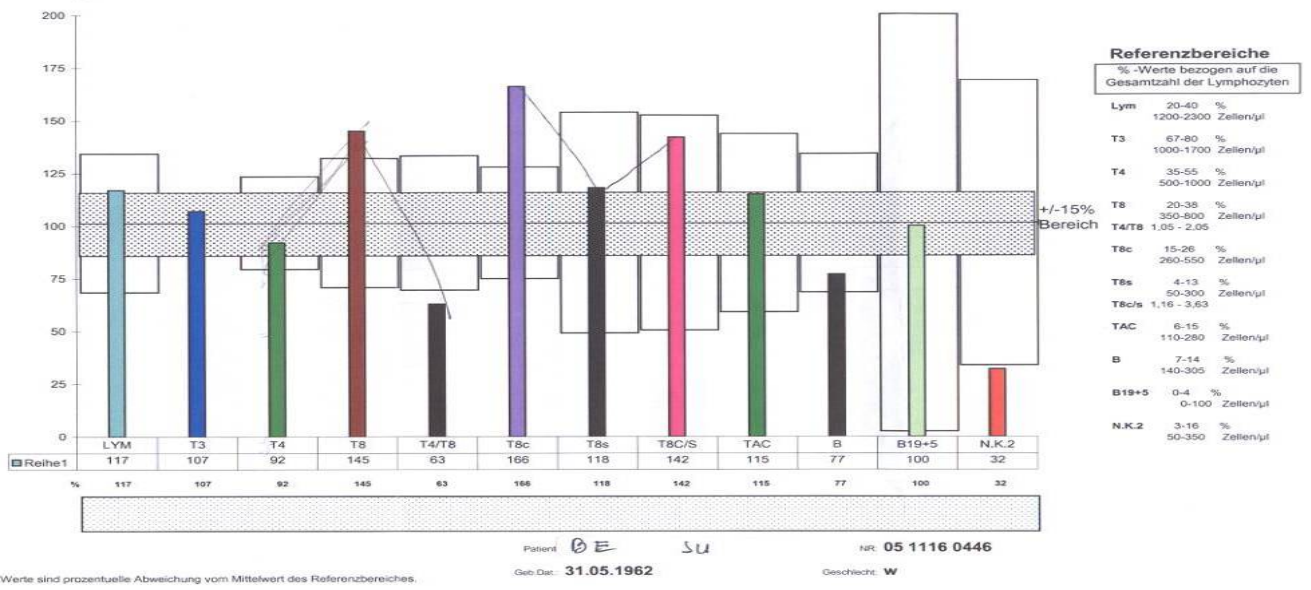
Behandlung: Kuhmilchkarenz, Darmsanierung, Mikroimmuntherapie:
Antientzündlich :2L ARTH +
Bei akutem Infekt unspezifisch immunmodulierend mit 2L EID,+
Vitamincocktail
2L EAI (wegen Hyperreaktivem Immunsystem)+
Eigenblut (C 9-C30)
2L ALLERG ab Februar 2006 wegen Pollinose Frühjahrsblüher
F.X. Mayr Kur Frühjahr 2006+ Darmsanierung , Gewichtsreduktion,
Ernährungsumstellung und weiter Kuhmilchkarenz.

Verlauf (Kontrolle) seit 11.2005 war kein Antibiotikum mehr notwendig.
Bis Juni 2006 weiter Infektneigung, mit Tonsillitis , Sinusitis ,
aber zunehmend besseres und rascheres Ansprechen auf symptomatische
Therapien (pflanzlich und homöopathische Mittel wie Sinupret, Hepar sulfuris)
Nur ganz selten und kurzfristig spastisch.
Das MIT Mittel 2L EID verkürzte zunehmend die Infekte
Passager Effluvium Sommer 06 wegen Autoimmunthyreopathie (TSH n , keine
Schilddrüsenautoantikörper, aber TRH- Stimulierungstest 44.80(n:2.50-25)

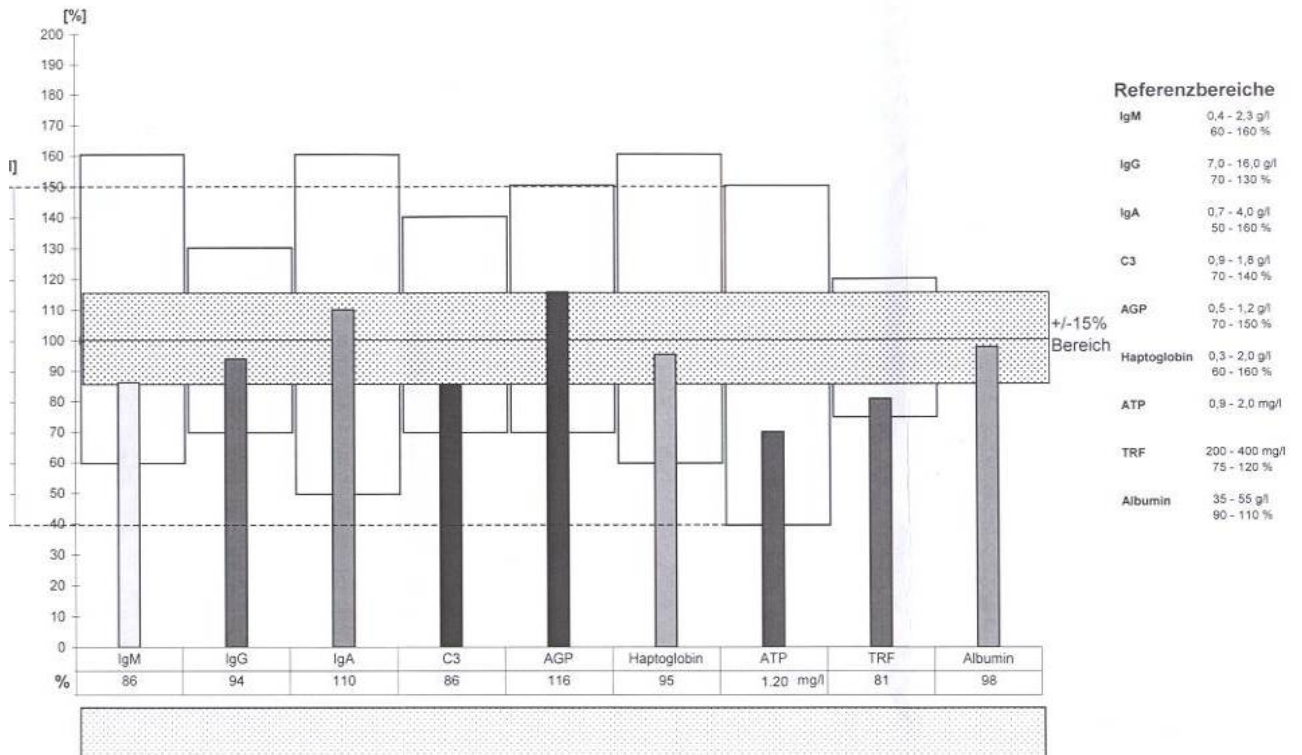
Ergebnis: Die Patientin hatte Ende 2005 panische Angst vor jedem Infekt in
Ihrer Umgebung, den sie auch prompt bekam.
Sie sagt bei der letzten Kontrolle Sie wäre so stabil , wie noch nie, bekommt
zwar fallweise Halsschmerzen, aber die Bronchien bleiben verschont.
Kann wieder Sport betreiben auch bei Kälte (Reiterin) .
Sie konnte die Antiasthmatischen Mittel, die sie seit der 3. Grav. vor 6 Jahren
Kontinuierlich eingenommen hat deutlich reduzieren, und nimmt wegen einer
scheinbar unverträglichen Matratze nur Nachts , sozusagen prophylaktisch 1
Serevent, und ein Flixotide Junior.(= geringste Dosierung,-- bis 6.2006 Flixotide
Standard)

Anmerkungen, Kritik: Behandlungszeitraum 1 Jahr:
Die Patientin nimmt seit 6 Jahren Antiasthmatica und hatte trotzdem rez.
Bronchitiden. Sie war sportlich nicht belastbar, konnte nicht reiten, die
Beschwerden verschlechterten sich, besonders bei Kälte und zur Pollensaison.
der Immunstatus der Patientin zeigte am Beginn eine deutliche Starre
(bakteriell und oder mycotisch bedingt) und immunitäre Hyperreaktion, aber
keine Hinweis auf eine zugrunde liegende massive Allergie.
(Das bedeutet, dass die Pollinose im Frühjahr nur einen sekundär
aggravierenden Effekt hat, oder die Antiasthmatica das Immunprofil
verschleiern).
Die Hyperreaktion ist auch bei der Kontrolle nach einem Jahr noch sichtbar
(jeder Mensch hat ja sein individuelles Muster), aber es ist viel mehr Dynamik,
vor Allem in der viralen Abwehr zu sehen, die B Zellen sind angestiegen, und
Alpha 1 Antitrypsin (Hinweis für langanhaltenden chronischen Infekt zb chron
Sinusitis + Bakterien + Pilze??) im Proteinprofil ist deutlich zurückgegangen.
Vor allem aber zeigt der klinische Verlauf und das subjektive Befinden
Eine besonders deutliche Verbesserung.
Weitere Immunmodulierung und eine neurliche F.X. Mayr Kur ist geplant.

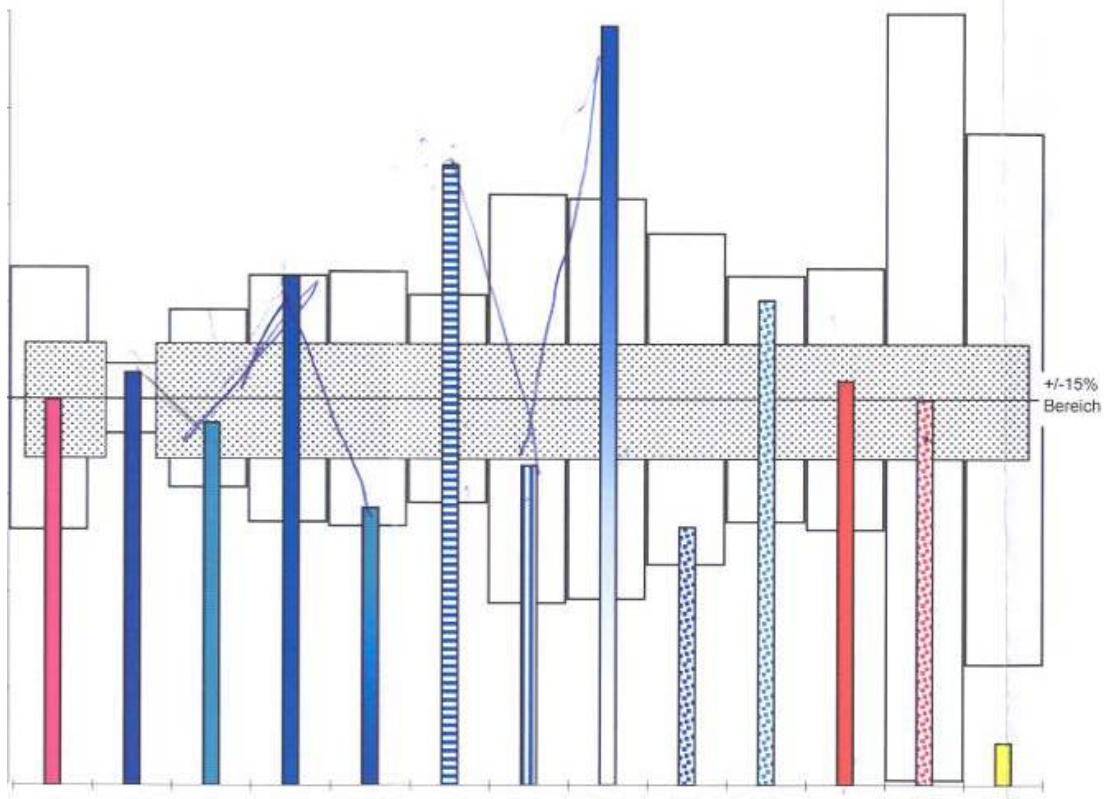
Auswertung, Interpretation und Referenzwerte der Lymphozytensubpopulationen nach Dr. MARICHAL (3 IDI 1996)



Proteinprofil nach Dr. Glady



Graphische Darstellung der Lymphozytensubpopulationen



Referenzbereiche

Lym	20 - 40 % 1200 - 2300 Zelle
T3	67 - 80 % 1000 - 1700 Zelle
T4	35 - 55 % 500-1000 Zelle
T8	20 - 38 % 350 - 800 Zelle
T4/T8	1,2 - 2,2
T8c	15 - 26 % 260 - 650 Zelle
T8s	4 - 13 % 50 - 300 Zelle
T8c/s	1,5 - 4
TAC	6 - 15 % 110 - 280 Zelle
T4+25	12 - 23 % 150 - 420 Zelle
B	7 - 14 % 140 - 305 Zelle
B19+5	0 - 4 % 0 - 100 Zelle
N.K.2	3 - 16 % 50 - 350 Zelle

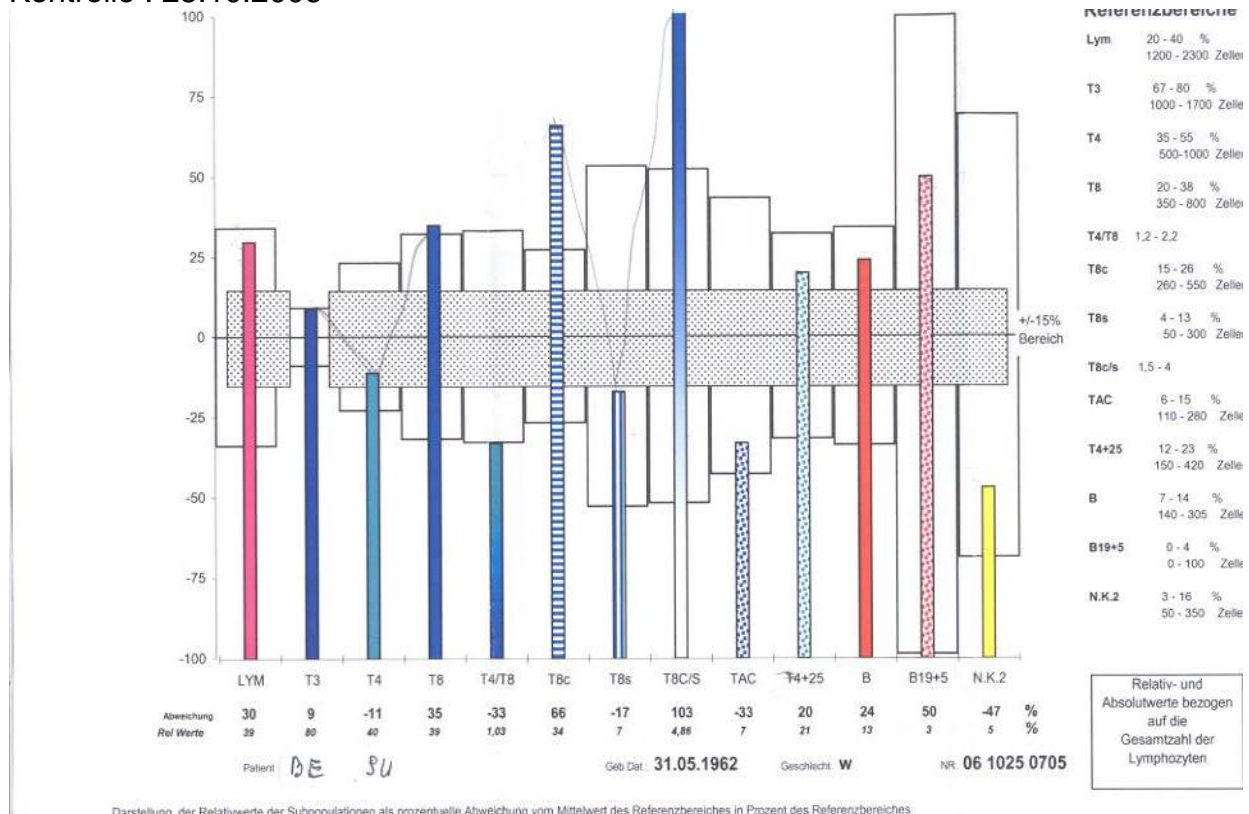
LYM	T3	T4	T8	T4/T8	T8c	T8s	T8C/S	TAC	T4+25	B	B19+5	N.K.2
0	7	-6	32	-28	61	-17	97	-33	26	5	0	-89
30	78	42	38	1,11	33	7	4,71	7	22	11	2	1

Patient: **BE SU** Geb. Dat.: **31.05.1962** Geschlecht: **w** NR: **06 0419 0513**

Relativ- und
Absolutwerte bezogen
auf die
Gesamtzahl der
Lymphozyten

ativerte der Subpopulationen als prozentuelle Abweichung vom Mittelwert des Referenzbereiches in Prozent des Referenzbereiches

Kontrolle : 25.10.2006



Darstellung der Relativwerte der Subpopulationen als prozentuelle Abweichung vom Mittelwert des Referenzbereiches in Prozent des Referenzbereiches

