

MATH+ KLINISCHES BEHANDLUNGSPROTOKOLL FÜR COVID-19

MEDIKATION	INDIKATION	EMPFOHLENE DOSIERUNG	DOSISTITRATION/ ANWENDUNGSDAUER
Methylprednisolon	A. <i>Milde Hypoxämie: Sauerstoffgabe bei SpO₂ < 92%</i>	40 mg Bolus i.v. dann 20 mg i.v. zweimal täglich	A1. Wenn Sauerstoff nicht mehr nötig – Dosis über 3 Tage mit 20 mg und 10 mg für drei weitere Tage ausschleichen. CRP-Wert überwachen. A2. Wenn FIO ₂ oder CRP steigt, dann weiter mit B fortfahren.
	B. <i>Moderate bis schwere Hypoxämie (High Flow Sauerstoffbehandlung, NIV, CPAP-Beatmung)</i>	COVID-19 Protokoll bei Atemversagen (siehe flccc.net/respiratory-support-c19/) Bevorzugt: 80 mg i.v. Bolus gefolgt von 80 mg/240 ml isotonischer NaCl Lösung i.v. Infusion mit 10 ml/h Alternativ: 40 mg i.v. zweimal täglich	B1. Wenn die Behandlung mit High Flow O ₂ , NIV oder CPAP beendet ist, verringere auf 20 mg täglich. Wenn keine Oxygenierung mehr erfolgt, dann die Behandlung mit 20 mg/Tag für 3 Tage dann 10 mg/Tag für 3 Tage ausschleichen. B2. Falls keine Verbesserung innerhalb von 2–4 Tagen, Verdopplung der Dosis auf 160 mg/Tag. B3. Falls keine Veränderung stattfindet und CRP/Ferritin ansteigt, weiter mit Schritt C fortfahren.
	C. <i>Therapierefraktär/ Zytokinsturm</i>	Impulsdosierung mit 125 mg i.v. alle 6–8 Stunden	Die Therapie für drei Tage fortführen, dann auf 80 mg/Tag reduzieren (B). Wenn immer noch keine Verbesserung erfolgt oder CRP/Ferritin weiter ansteigt, Plasma-Austausch in Betracht ziehen.
Ascorbinsäure	<i>O₂ < 4 L/min in stationärer Behandlung</i>	500–1000 mg oral alle 6 Stunden	Bis zur Entlassung
	<i>O₂ > 4 L/min oder auf der Intensivstation</i>	1.5–3 g intravenös alle 6 Stunden	Weniger als 7 Tage oder bis zur Entlassung aus der Intensivstation, dann wieder zur oralen Dosis übergehen
Thiamin	<i>intensivpflichtige Patienten</i>	200 mg i.v. zweimal täglich	Weniger als 7 Tage oder bis zur Entlassung aus der Intensivstation
Heparin (NMH)	<i>Stationär behandelte Patienten O₂ ≤ 4 L/min</i>	0.5 mg/kg zweimal täglich Anti-Xa Aktivität überwachen, Zielbereich 0.2–0.5 IU/ml	Bis zur Entlassung – dann fahre mit DOAK bei halber Dosierung für 4 Wochen fort
	<i>intensivpflichtige Patienten oder O₂ > 4 L/min</i>	1 mg/kg zweimal täglich Anti-Xa Aktivität überwachen, Zielbereich 0.6–1.1 IU/ml	Wenn aus Intensivstation entlassen, oder keine Oxygenierung mehr nötig – auf das Niveau für stationär behandelte Patienten (s.o.) wechseln
Ivermectin (als Kernmedikation zu betrachten)	<i>bei stationärer Einweisung und/oder intensivpflichtigen Patienten</i>	0.2 mg/kg – an Tag 1 und Tag 3	Wiederhole an Tag 6 und 8, falls es zur keiner Erholung kommt
Vitamin D	<i>stationär behandelte Patienten O₂ ≤ 4 L/min</i>	Calcifediol bevorzugt: 0,532 mg p.o. an Tag 1, dann 0,266 mg p.o. an Tag 3 und 7, danach wöchentlich Cholecalciferol: 10.000 IU/Tag p.o. – oder 60.000 IU an Tag 1, 30.000 IU an Tag 3 und 7, danach wöchentlich	bis zur Entlassung
	<i>Intensivpflichtige Patienten oder O₂ > 4 L/min</i>	Cholecalciferol 480,000 IU (30 ml) p.o. bei der Einweisung – dann an Tag 5 Vitamin D-Pegel überprüfen, falls < 20 ng/ml: 90,000 p.o. IU/Tag für 5 Tage	Bis zur Entlassung aus der Intensivstation
Atorvastatin	<i>intensivpflichtige Patienten</i>	80 mg p.o. täglich	bis zur Entlassung
Melatonin	<i>stationäre Patienten</i>	6–12 mg p.o. am Abend	bis zur Entlassung
Zink	<i>stationäre Patienten</i>	75–100 mg p.o. täglich	bis zur Entlassung
Famotidin	<i>stationäre Patienten</i>	40–80 mg p.o. zweimal täglich	bis zur Entlassung
Therapeutischer Plasma-Austausch	<i>Patienten refraktär zur Impulsdosierung von Kortikosteroiden</i>	5 Sitzungen, jeden zweiten Tag	Abschluss von 5 Austauschvorgängen

Legende: CRP = C-reactives Protein, DOAK = Direkte orale Antikoagulantien, FIO₂ = Sauerstoffkonzentration, IU = International units (IE), i.v. = intravenös, NIV = Nichtinvasive Beatmung, CPAP = continuous positive airway pressure (kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck), O₂ = Sauerstoff, p.o. (per os) = orale Verabreichung

MATH+ KLINISCHES BEHANDLUNGSPROTOKOLL FÜR COVID-19

KONTROLLE VON ENTZÜNDUNG UND EXZESSIVER GERINNUNG

Bei allen stationären COVID-19-Patienten muss der therapeutische Schwerpunkt auf eine frühe Intervention gelegt werden, bei der wirksame, evidenzbasierte Therapien zur Gegensteuerung eingesetzt werden:

- gegen die überschießende und schädigende Entzündungsreaktion
- gegen den systemischen und schweren hyperkoagulablen Zustand, der Organschäden verursacht

Durch die Einleitung des Protokolls sofort nachdem der Patient die Kriterien für eine Sauerstoffzufuhr erfüllt, wird der Bedarf an mechanischen Beatmungsgeräten und Intensivbetten drastisch sinken.

BEHANDLUNG VON SAUERSTOFFMANGEL

- Bei einer niedrigen Sauerstoffsättigung trotz Nasenkanüle, verwenden Sie eine erwärmte Nasenkanüle mit hohem Durchsatz.
- Zögern Sie nicht, den Durchsatz bei Bedarf zu erhöhen.
- Vermeiden Sie eine frühe Intubation, die ausschließlich auf dem Sauerstoffbedarf basiert. Lassen Sie eine »permissive Hypoxämie« als toleriert zu.
- Intubieren Sie nur, wenn der Patient eine exzessive Atmungstätigkeit zeigt.
- Wenden Sie die »Bauchlage« an, um die Sauerstoffsättigung zu verbessern.

ÜBER DAS MATH+ PROTOKOLL ZUR BEHANDLUNG VON COVID-19 IM KRANKENHAUS

Unser **MATH+**-Protokoll ist für den Einsatz im Krankenhaus konzipiert und soll bald nach der Einlieferung eingeleitet werden, um der überschießenden Entzündungsreaktion des Körpers auf das SARS-CoV-2 Virus entgegenzuwirken. Das Protokoll basiert auf zahlreichen Veröffentlichungen in medizinischen Fachzeitschriften über Jahrzehnte hinweg. Es ist diese Hyperentzündung, nicht das Virus selbst, das die Lunge und andere Organe schädigt und letztlich zum Tod führt. Wir haben festgestellt, dass das **MATH+**-Protokoll eine hochwirksame Kombinationstherapie zur Kontrolle dieser extremen Entzündungsreaktion ist, und wir haben nun Ivermectin als Kernkomponente hinzugefügt, da hier geprüfte Effizienzdaten bei hospitalisierten Patienten vorliegen (siehe [www.flccc.net/flccc-ivermectin-review-covid-19](https://flccc.net/flccc-ivermectin-review-covid-19)).

Das Steroid **Methylprednisolon** ist eine Schlüsselkomponente, und immer mehr Studien (siehe <https://flccc.net/medical-evidence>) zeigen seine tiefgreifende Wirksamkeit bei COVID-19, die noch verstärkt wird, wenn es intravenös mit hohen Dosen des Antioxidans **Ascorbinsäure** verabreicht wird, da die beiden Medikamente mehrere synergistische physiologische Wirkungen haben. **Thiamin** wird verabreicht, um die zelluläre Sauerstoffverwertung und den Energieverbrauch zu optimieren und Herz, Gehirn und Immunsystem zu schützen. Der Gerinnungshemmer **Heparin** ist wichtig für die Vorbeugung und Auflösung von

Blutgerinnseln, die sehr häufig bei COVID-19-Patienten auftreten, denen keine Blutverdünner verabreicht wurden. Das **+** weist auf mehrere wichtige Ko-Interventionen hin, die stark physiologisch begründet sind und ein ausgezeichnetes Sicherheitsprofil aufweisen. Es weist auch darauf hin, dass wir planen, das Protokoll anzupassen, wenn sich unsere Erkenntnisse und die veröffentlichten medizinischen Beweise weiterentwickeln.

Das Timing ist ein entscheidender Faktor für die erfolgreiche Behandlung von COVID-19. Patienten müssen das Krankenhaus aufsuchen, sobald sie Atembeschwerden oder einen niedrigen Sauerstoffwert haben. Das **MATH+**-Protokoll sollte schnellstmöglich verabreicht werden, d.h. sobald der Patient die Kriterien für eine Sauerstoffzufuhr erfüllt (innerhalb der ersten Stunden nach Ankunft im Krankenhaus), um eine maximale Wirksamkeit zu erreichen, da eine verzögerte Therapie zu Komplikationen wie der Notwendigkeit einer mechanischen Beatmung führen kann.

Bei frühzeitiger Verabreichung kann diese Formel aus FDA-gebilligten, sicheren, kostengünstigen und weltweit leicht verfügbaren Medikamenten die Notwendigkeit von Intensivbetten und mechanischen Beatmungsgeräten stark verringern und die Patienten schnell gesund lassen.

HAFTUNGSAUSSCHLUSS

Dieses Protokoll dient ausschließlich der Aufklärung über potenziell nützliche Therapien für COVID-19. Missachten Sie niemals professionellen medizinischen Rat wegen etwas, das Sie auf unserer Website oder in unseren Veröffentlichungen gelesen haben. Dies ist nicht als Ersatz für professionelle medizinische Beratung, Diagnose oder Behandlung in Bezug auf einen Patienten gedacht. Die Behandlung eines individuellen Patienten sollte sich auf das Urteil Ihres Arztes oder eines anderen qualifizierten Gesundheitsdienstleisters stützen. Suchen Sie bei allen Fragen zu Ihrer Gesundheit oder Ihrem Gesundheitszustand stets deren Rat.

KONTAKT

FLCCC Alliance

6006 N Highlands Avenue
Madison, WI 53705-0000

Medizinischer Kontakt

Howard Kornfeld, MD – support@flccc.net
Keith Berkowitz, MD – keith@centerforbalancedhealth.com

Medienkontakt

press@flccc.net