

Применение Трансфер Факторов как вспомогательный метод лечения при эндогенной и экзогенной БРТ.

к.м.н. О.И. Елисеева, И.В. Федоровская

ООО «Методический центр Елисеевой», г. Москва, Россия

Актуальность проблемы профилактики инфекционных заболеваний приобретает особую остроту в связи с появлением и распространением вирусных заболеваний таких как ВИЧ и вирусных гепатитов В, С, D, E и др. Также растет число онкологических, сердечно-сосудистых, респираторных, эндокринных заболеваний, нейropsychических расстройств. Анализируя поток пациентов в нашем Центре, поступающих с невыясненными диагнозами, мы отметили, что у каждого 3-го тестируется информация либо ВИЧ, либо вирусных гепатитов В, С, D, E, G. Причем, в этих случаях при БРТ всегда тестируется истощение иммунной системы, а по препаратам фирмы «Оти» анти СД 4; СД 8; СД 16; СД 19. При тестировании ворот проникновения инфекции, как правило, это полость рта, на втором месте - половые органы, на 3-ем - кожа. Пути распространения - лимфа, с последующим поражением селезенки, в связи с этим анализы крови нормальные. Но жалоб на изменение состояния здоровья у пациентов много, иммунограмма всегда хоть с небольшими, но отклонениями от нормы.

Использование только эндогенной и экзогенной БРТ позволяет восстановить здоровье человека при любой патологии, но не при наличии истощения иммунитета и информации тяжелых вирусных инфекций. Нами отмечено, что информация вирусов ВИЧ и гепатитов при отсутствии иммуномодулирующей терапии, приводит к распространению и утяжелению присутствующих в организме других инфекций. Например, к развитию хронического воспаления: хламидийной пневмонии и эндокардита, распространению хеликобактера с образованием язв, гонорейным артритам, чувствительности к вирусам Эпштейна-Барра и Цитомегаловирусам и т.д. Кроме того, через 3-5 лет развивается вначале предонкология, затем онкология наиболее слабых органов у человека.

Как известно, хроническое воспаление - это состояние неустойчивого равновесия между клинически слабо выраженными, длительно текущими воспалительными процессами и ответом на них иммунокомпетентных клеток. Срыв этого равновесия происходит при присоединении дополнительной инфекции иммуносупрессивными факторами, подавляющие эффективные функции иммунной системы. Каждое обострение хронического воспалительного процесса активирует иммунную систему и восстанавливает равновесие уже на другом, обычно более низком уровне защиты. Вот на этом уровне уже и развивается онкологический процесс, цирроз печени, озлокачествление язв и т.д.

Что мы можем сказать об известных иммуномодуляторах и особенно группе индукторов интерферона (ИФН). У многих больных на фоне ИФН-терапии наблюдаются побочные явления и ИФН является индуктором аутоиммунных процессов. По данным Министерства Здравоохранения и Социального развития РФ эффективность этих препаратов при тяжелых вирусных инфекциях не превышает 30-50%. Все это побудило нас искать другие препараты, улучшающие реактивность и иммунитет организма человека. Иммунореабилитационные мероприятия составляют основную потребность современной экологии человека. На этом этапе выбор наш пал на природный иммуномодулятор - «Трансфер фактор» (ТФ). Открытие в 1949г. H.S. Lawgense трансферфакторов ознаменовало начало новой эры в развитии иммунологии. Было установлено, что иммунитет от одного человека может передаваться другому при введении ему экстракта лейкоцитов, содержащего молекулы, которые, и получили название трансферфакторы. ТФ - это сигнальные иммуноактивные молекулы. По сведениям С.Н. Kirkpatrick и соавторов, ТФ представляют собой пептид, состоящий из 44 аминокислот. В отличие от антител, которые имеют большую молекулярную массу, молекулы трансферфакторов имеют достаточно малый размер и представляют собой фракцию молекулярного веса от 3 500 до 10 000 дальтонов. ТФ (молекулы коммуникаторы иммунной системы) получают из молозива коров и желтка куриных яиц, с использованием современной технологии ультрафильтрации. Они полностью очищены от казеина, лактоглобулинов и других крупных белковых молекул и оставлены цитокиновые фракции, идентичные лейкоцитарным цитокинам. Существующие ТФ подразделяются на 3 основные фракции, названные в соответствии с их основным действием на иммунную систему: индукторы, антиген-специфические трансфер факторы и супрессоры, т.е. регулирующих функцию Т-киллеров, макрофагов и Т-супрессоров (ТФ; ТФ плюс; ТФ Эдвенсд).

Как отмечает академик РАМН А.А. Воробьев, «достоинством ТФ перед другими иммуномодуляторами в том, что он обладает широким спектром действия, абсолютно безопасен и безвреден, применяется перорально, не имеет противопоказаний к применению, не вызывает побочных действий, одинаково эффективен для взрослых и детей при хронических и онкологических заболеваниях. ТФ является отличным профилактическим препаратом».

Клинические примеры:

1. П.В., 1981 г.р., обратилась в Центр в марте 2005г. в связи (со слов больной) с

верифицированным при случайном медицинском обследовании вирусом гепатита С (март 2003г.). От предложенного гепатологом курса лечения Пегасисом отказалась.

В момент осмотра жалобы на постоянную тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита, выраженную слабость.

По данным ВРТ: радиоактивная нагрузка 1ст.; электромагнитное отягощение 4 ст.; Выраженная степень истощения иммунитета; гепатит С (ни А, ни В) (1), (2); гепатит С (1), (2), (3); гепатит В антиген (прививалась трижды-2004г.).

В связи с тем, что не было предъявлено результатов лабораторных обследований, было рекомендовано следующее: общее и биохимическое обследование крови; anti-HCV; полуколичественный HCV-RНК. Назначения: 6,2 Гц по 2 горош. 3 раза в день; БР-препарат + ДРЕ 4,5; гепар композит по 2 горош. 1 раз в 3 дня; метосепт по 2 капле. 2 раза в день; витанорм по 1 капс. 2 раза в день; диета № 5.; контроль через 1 месяц.

Повторный визит 24.05.2005г.: В момент осмотра жалоб не предъявляет.

Данные рекомендованных обследований: общий и биохимический анализы в норме; anti-HCV - положительный; ПОЛУКОЛИЧЕСТВЕННЫЙ HCV-RНК > 100 000 МЕ/ml (ВЫСОКАЯ ВИРЕМИЯ). Нормативы: до 30 000 МЕ/ml (низкая вирусемия), от 30 000 - 100 000 МЕ/ml, > 100 000 МЕ/ml (высокая вирусемия).

По ВРТ: радиоактивной нагрузки нет; электромагнитное отягощение 2 ст.; Небольшая степень истощения иммунитета; гепатит С (ни А, ни В) (1), (2); гепатит С (2), (3).

Рекомендации: БР + ДРЕ 4 по 2 горош. 3 раза в день; хепель по 2 горош. 3 раза в день; метосепт по 1 капс. 2 раза в день; витанорм по 1 капле. 2 раза в день; ТФ и ТФ плюс по разработанной нами методике в течение полугода; магнитные стельки с частотами гепатита; контроль б/х крови, anti-HCV, полуколичественный HCV-RНК; явка через 2 месяца.

Визит 03.09.2005г.: Жалоб не предъявляет.

Данные лабораторных обследований: биохимический анализ крови в норме; anti-HCV - положительный; ПОЛУКОЛИЧЕСТВЕННЫЙ HCV-RНК > 30 000 МЕ/ml (НИЗКАЯ ВИРЕМИЯ).

По ВРТ: радиоактивной нагрузки нет; электромагнитной нагрузки нет; умеренная степень напряжения иммунитета; гепатит С (ни А, ни В) (2);, гепатит С (2).

Рекомендовано: БР-1 с использованием нозода гепатит D 60 по 2 горош. 3 раза в день; БР-2 с частотами гепатита С во временной модуляции по 2 горош. 3 раза в день; ТФ Эдвенсд по разработанной нами методике; тюбаж (шиповник -ь сорбит) 1 раз в 3 нед.; контроль через 2 месяца.

Через 2 месяца состояние пациентки хорошее, жалоб нет.

Анализы: anti-HCV - положительный; ПОЛУКОЛИЧЕСТВЕННЫЙ HCV-RНК > 15 000 МЕ/ml (ОЧЕНЬ НИЗКАЯ ВИРЕМИЯ).

Мы пришли к выводу, что только на фоне трансферфакторов, особенно ТФ Эдвенсд, значительно снизилась вирусемия гепатита С. Лечение продолжается.

2. Пациентка Ш.Л.И., 60 лет, обратилась с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, слабость, кожные сыпи, аллергию.

Из анамнеза: В течение 6 месяцев по месту жительства лечилась с диагнозом описторхоз: препараты дегтя, немозол. После проведенного лечения описторхоза в анализах не выявлялись, но симптоматика и жалобы оставались.

При ВРТ: небольшая степень истощения иммунной системы, гепатотоксемия, дисбактериоз кишечника, остаточные единичные описторхозы в правой доле печени.

Проведено лечение: ЭПТ-Р395 7 сеансов; БРТ эндогенная 4 сеанса; биорезонансные препараты с электромагнитными копиями гомеопатических препаратов; трансфер фактор плюс по разработанной нами методике; нормофлорин Б, Л по 1 десертной ложке до и после еды в течение 7 дней, очищение организма по методу Елисейевой О.И.

Через 7 дней все жалобы пациентки исчезли, появились бодрость, хорошее настроение, кожа очистилась.

Через 2 нед. контрольное ВРТ: небольшая степень напряжения иммунной системы; описторхоз, гепатотоксемия, дисбактериоз не тестируются.

3. Пациент Б.Д.А., 27 лет, с верифицированным диагнозом: СПИД.

Проводил курсы лечения по месту жительства в течение 2-х лет.

Иммунограмма от 29.07.2005г.:

Лимфоциты: СД3 20% (N 52-76%) Абс.число 325(N 950-1 800)
СД4 11% (N 31-46%) Абс.число 210 (N 570-1 100)
СД8 7% (N 23-40%) Абс.число 117 (N450-850) (при) СД4/СД8 0,3 (N1,0-17)
СД19 3% (N 6-18%) Абс.число ПО (N 150-400)
СД16 4% (N 9-19%) Абс.число 98 (N 180-420)

Реакция торможения миграции спонтанная миграция - 1,5 (N 2,3-5,0)
лейкоцитов: индекс торможения с ФГА - 18% (N 29-56%)

индекс торможения с кон А - 0% (N 40-75%)

фагоц.число 40% (N 65-95%)

фагоц.индекс 2,9 (N 4-10)

индекс завершеного фагоцитоза 0,26

цик - 0,01 (N 0,02-0,08 усл.ед.)

IgG 3,4 (N 6,0-18,0 мг/мл)

IgA 0,4 (N 0,8-5,2 мг/мл) IgM 0,3 (N 0,6-3,8 мг/мл)

Клинически: пациент вялый, астеничный, на кожных покровах петехии, единичные рассасывающиеся гематомы, подкожные вены расширены. Печень увеличена - выступает на 4,0 см из-под края реберной дуги, край ее болезнен, селезенка увеличена, при пальпации болезненна. Жалобы на частые носовые кровотечения, подкожные кровоизлияния, периодические кишечные кровотечения (окрашивается стул), выраженную слабость, неработоспособность, частые простудные заболевания, головные боли, боли в позвоночнике.

При ВРТ: чрезвычайно выраженная степень истощения иммунной системы, ВИЧ, СПИД, гепатоз, гепатоспленомегалия, снижено количество рутина, хламидиоз, гонорея, вирус Эпштейна-Барра, Цитомегаловирус.

Проведено лечение: БРТ по оттестированным меридианам 6 сеансов; индукционная антистрессовая терапия 6 сеансов; биорезонансные гомеопатические препараты; трансфер фактор и трансфер фактор Эдвенсд по разработанной нами методике; ЭПТ частотами ВИЧ, СПИД 12 сеансов.

Через 12 дней у пациента кровотечения прекратились, самочувствие значительно улучшилось, печень сократилась на 1,0 см, селезенка уменьшилась в размерах, безболезненна. Пациент продолжал принимать трансфер факторы.

Через 1 месяц: самочувствие хорошее, жалоб нет, пациент приступил к работе, продолжает принимать ТФ.

Через 2 месяца иммунограмма значительно улучшилась (от 04.12.2005г). Представляю данные сокращенно: СД3 - 50%; СД4 - 28%; СД8 - 18%; при СД4/СД8 - 0,9; СД19 - 4%; СД16 - 7%; спонтанная миграция - 2,0; индекс торможения с ФТА - 20%; индекс торможения с кон А - 10%; фагоц.число - 52%; фагоц.индекс - 3,9%; индекс завершеного фагоцитоза - 0,9%; цик -0,02 усл.ед.; IgG - 4.4 мг/мл; IgA - 0,6 мг/мл; IgM - 0,5 мг/мл. Лечение продолжается. Самочувствие пациента хорошее, приступил к работе, трансфер факторы продолжает принимать.

Выводы: Трансферфакторы - натуральные иммуномодуляторы оказывают выраженное влияние на ускорение положительных результатов восстановления здоровья как вспомогательный метод к эндогенной и экзогенной БРТ.

Литература

Гранитов В.М. с соавт. «Активированный фактор переноса в патогенетической терапии ВИЧ-инфекции», Научно-практическая конференция, Барнаул, 2003г.

Иммунореабилитация при инфекционно-воспалительных и соматических заболеваниях с использованием трансфер факторов.

Методическое письмо Министерства Здравоохранения РФ, Москва, 2004г.

Карбышева КВ. с соавт. «Клинико-иммунологическая эффективность ТФ при лечении больных описторхозом», Научно-практическая конференция, Барнаул, 2003г.

Летифов Т.М. (доктор мед. наук) «ТФ уникальное иммунорегулирующее средство. Опыт и перспективы применения в медицинской практике», Ростов- на- Дону, 2003г.

Методические рекомендации «Индукционная терапия», «ИМЕДИС», Москва, 2003г.

Методические рекомендации «Биорезонансная терапия», «ИМЕДИС», Москва, 2003 г.