Содержание информационного пакета:

1. Введение 4
2. История создания препарата 5
3. Способ получения BioBran 6
4. Пищеварение и усвоение BioBran 7
5. Характеристика BioBran 8
6. Форма выпуска 9
7. Дозировка и способ приема 10
8. Оценка безопасности 10
9. Показания к применению 11
10. Действие на клеточном уровне 12
11. Активность NK-клеток у онкопациентов 15
12. Побочные действия 16
13. Противопоказания 16
14. Примеры научных исследований 17
15. Опыт примения BioBran 24

1. Введение

BioBran MGN-3 предназначен для людей с ослабленной иммунной системой. Он успешно используется в сочетании со стандартными схемами лечения злокачественных новообразований для улучшения качества жизни пациентов, проходящих химио- или лучевую терапию. В большинстве случаев это позволяет провести дальнейшие медицинские действия в полном объеме, уменьшая побочные эффекты от проводимого лечения. На сегодняшний день назначения BioBran касаются преимущественно онкопациентов, хотя есть и обнадеживающие результаты его использования при лечении ревматизма, воспалительных заболеваний и вирусных инфекций (ВИЧ, гепатиты В и С, гриппа и др.).

Основной исследователь препарата – иммунолог, профессор Гонеум, который занимает должность руководителя исследований Университета медицины и науки Чарльза Р. Дрю в США. Протестировав BioBran, Гонеум заявил, что препарат является самым мощным иммуномодулятором, который он когда-либо изучал. BioBran не вызывает привыкания, что характерно для большинства других пищевых добавок и иммуномодуляторов. Это означает, что BioBran может быть очень эффективным в течение длительного времени.

BioBran проходил (и продолжает проходить) фундаментальные и клинические исследования в Японии, США и Европе. Большинство этих исследований опубликованы в рецензируемых научных журналах.

После того, как BioBran был разработан в 1992 году, его успешно употребляли сотни тысяч людей, которые хотели укрепить свою иммунную систему.

Более подробную информацию Вы можете получить на ниже обозначенных сайтах, а также через поисковую систему PubMed.gov.

www.biobran.su – русскоязычный сайт
www.biobran.org – информационный портал BioBran

С уважением, ООО "БиоБран"

2. История создания препарата

BioBran MGN-3 был разработан в Японии в 1992 году Х. Маеда (директор по исследованиям и развитию фармацевтической компании Дайва в Токио). Исследовательский интерес Маеда был направлен на поиск натуральных растительных пищевых компонентов, укрепляющих здоровье человека и способствующих долголетию. В конце 1980-х годов, он обратил свое внимание на полисахариды, способные усиливать иммунную реакцию организма, и разработал иммуномодулятор, основным компонентом которого стал экстракт рисовых отрубей.

Позже Ясуо Ниномия, глава фирмы Дайва, и Маэда разработали новый комплекс коротко-цепочных полисахаридов (главным образом арабиноксиланов), которому они дали общее название MGN-3 (MGN по инициалам ее разработчиков – M-Маэда, G-Гонеум, N-Ниномия и "3" поскольку он был третьим поколением продуктов). М. Гонеум, профессор иммунологии Университета медицины и науки Чарльза Р Дрю в США, провел много иммунологических исследований продукта, показав, что BioBran обладает не только иммуностимулирующим действием, но и иммуномодулирующим эффектом. Компания Дайва впоследствии выпустила на рынок комплекс MGN-3 под торговой маркой BioBran.

В настоящее время BioBran широко используется не только в Японии, но и в 49 странах по всему миру и имеет отличную репутацию.

BioBran является иммуномодулятором растительного происхождения, эффективность которого доказана в фундаментальных и клинических исследованиях.

Опубликованные результаты исследований за последние 20 лет показали, что BioBran интенсивнее любого другого иммуномодулятора способен стимулировать активность лейкоцитов, в частности естественных киллеров, Т и В клеток. Кроме того, BioBran уменьшает воспалительную реакцию в организме, подавляя проникновение лейкоцитов, прежде всего нейтрофилов, в воспаленную ткань, а также помогает защитить организм от простуды, ускоряет выздоровление, обеспечивает иммунную поддержку при инфекционных гепатитах, ВИЧ и др.

Иммунологи рекомендуют BioBran MGN-3 больным злокачественными новообразованиями до, во время и после применения химио- и лучевой терапии с целью уменьшения побочных эффектов и улучшения качества жизни. BioBran подходит для вегетарианцев и не содержит генетически модифицированных ингредиентов.

3. Способ получения BioBran

BioBran производится из растворимого в воде пищевого волокна гемицеллюлозы В, добываемого из экстракта рисовых отрубей. Гемицеллюлоза В рисовых отрубей содержит арабиноксилан - основной ингредиент препарата, состоящий

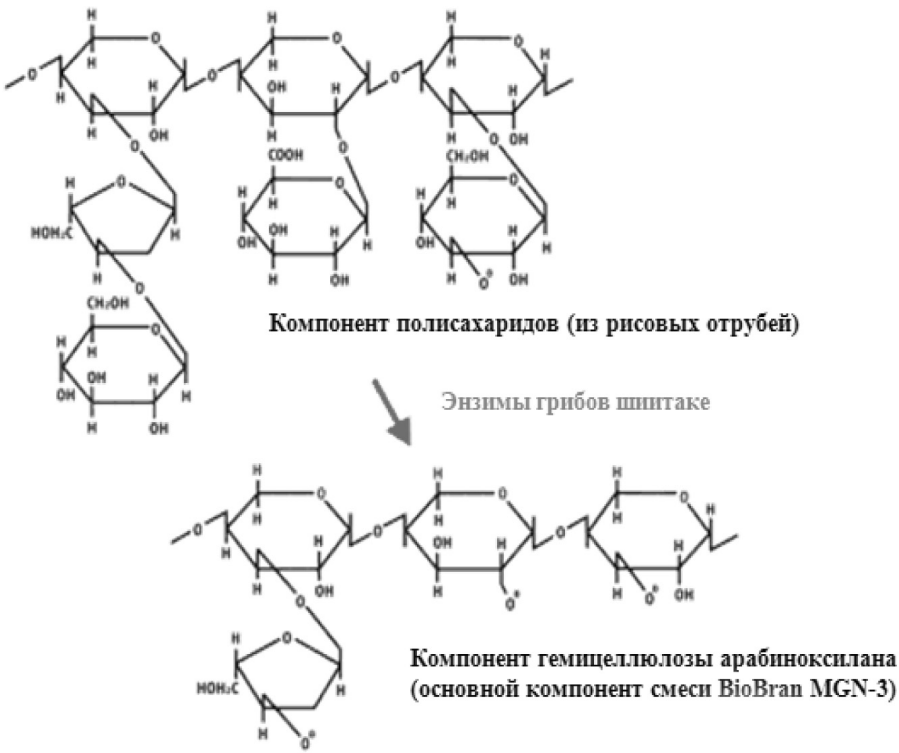


Рисунок 1. Схема процесса производства арабиноксилана.

из сахаров ксилозы и арабинозы. BioBran получается при обработке гемицеллюлозы В энзимами мицелия гриба шиитаке. Особенностью иммуномодулятора BioBran является то, что его структура исходит из структуры пищевого волокна, и в то же время полисахариды обладают низкой молекулярной массой, что необходимо для всасывания вещества в кишечнике. При этом в конечном продукте содержание производных гриба шиитаке не определяется, поэтому BioBran безопасен для применения у пациентов с аллергической реакцией на продукты гриба.

4. Пищеварение и усвоение BioBran

При приеме внутрь содержимое таблеток или порошков BioBran частично распадается, а частично поступает в кровь в непереваренном виде. Так, содержащиеся в незначительном количестве в составе препарата белки, перевариваясь в желудке и двенадцатиперстной кишке, преобразуются в пептиды и аминокислоты, которые затем усваиваются тонкой кишкой и поступают в кровь как питательные элементы. Входящий в состав препарата в качестве стабилизатора декстрин в процессе пищеварения также преобразуется в олигосахариды и декстрозу, которые впитываются тонкой кишкой. Основное действующее вещество BioBran – молекулы гемицеллюлозы арабиноксилана – впитывается в тонкой кишке в непереваренном виде и поступает в кровь, где стимулирует NK-клетки (натуральные киллеры), В-, Т-клетки и макрофаги. Проходя через кишку, пищевые волокна, в отличие от BioBran, экскретируются, не перевариваясь и не усваиваются организмом. BioBran при пероральном применении очень легко усваивается организмом с помощью процессов всасывания в кишечнике.

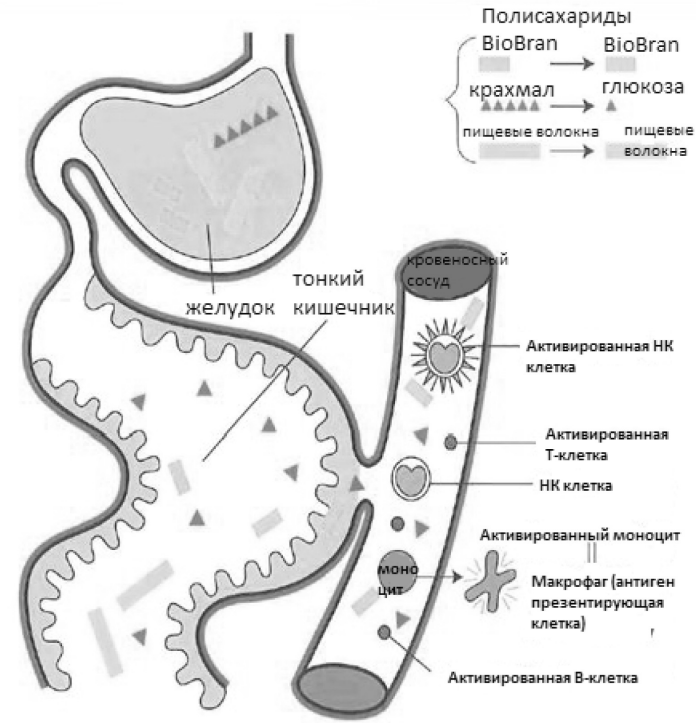


Рисунок 2. Пищеварение и усвоение BioBran
BioBran, благодаря своей структуре, не оказывает слабительного действия, в отличие от пищевых волокон.

5. Характеристика BioBran

1. **Состав:** углеводы 65% – 80%, белок 8% – 15%.
2. **Физические характеристики:**
   - Цвет – светло-коричневый
   - Форма – порошок
   - Запах – ароматный
   - Вкус – слабый сладко-кислый
   - Растворимость – растворим в воде более 95% при 60˚С
   - Термостабилен

3. Влажность: менее 8%
4. Сырая зола: 5% – 10%
5. Мышьяк (как As2O3): менее 5 ppm
6. Тяжелые металлы (Pb): менее 20 ppm
7. Кишечные бактерии: нет
8. Мутагенность (тест Эймса): отрицательный тест
9. Острая токсичность: LD50> 36г/кг (для крыс)

6. Форма выпуска

BioBran MGN-3 выпускается в пакетиках по 1000 мг и таблетках по 250 мг. Эти значения указывают массу основного действующего вещества. В конечный продукт добавлены особые наполнители, предотвращающие слипание порошка, и стабилизаторы.

Таблетированная форма, ингредиенты: арабиноксилан (250 мг), микрокристаллическая целлюлоза (наполнитель), кукурузный крахмал (стабилизатор), какао-порошок (цвет), глицерин эфир жирных кислот (эмульгатор), декстрин (стабилизатор), трикальцийфосфат (агент против слеживания), диоксид кремния (агент против слеживания).

Саше, ингредиенты: арабиноксилан (1000 мг), микрокристаллическая целлюлоза (наполнитель), декстрин (стабилизатор), кукурузный крахмал (стабилизатор), трикальцийфосфат (агент, предотвращающий слипание).

BioBran обладает приятными вкусовыми качествами. Эффективность действия не зависит от формы выпуска (таблетки или порошок).

7. Дозировка и способ приема

Большинство исследований BioBran проводилось с использованием одной ежедневной дозы 30–45 мг/кг/день (2–3 г в день), которая употреблялась через 30 минут после еды. Максимальная эффективность при пониженной активности натуральных киллеров NK-клеток) достигается обычно через 1–2 месяца, после чего можно попытаться снизить дозу до поддерживающей 15 мг/кг/день (1 г в день).

Для общего поддержания здоровья доктор M.Ghoneum рекомендует дозу не менее 500 мг в день.

При диабете, а также при гепатитах B, C и других инфекциях он рекомендует принимать 1000 мг в день, а при онкологических заболеваниях и СПИДе – 3 г в день в течение месяца – двух с последующим переходом на 1 г в день.

BioBran следует принимать либо за 30–40 минут до еды, либо через 30–40 минут после еды. Большие ежедневные дозы должны быть разделены на три порции.

Устойчивость к BioBran не возникает, поэтому этот иммуномодулятор остаётся безопасным и эффективным в течение продолжительного времени, и при приёме не появляется необходимость в увеличении дозы, как это происходит с другими иммуномодуляторами.

8. Оценка безопасности

BioBran производится в соответствии со стандартами фармацевтической компании Diawa в Японии, соответствует строгим стандартам безопасности японского министерства здравоохранения и социального обеспечения, а также соответствует строгим стандартам министерства здравоохранения и пищевыми стандартами Европы и США.

Исследования показали, что BioBran MGN-3 абсолютно нетоксичен и безопасен.

Аллергических реакций за время использования препарата не выявлено ни у одного пациента.

9. Показания к применению

Основным показанием для применения BioBran является натуропатическое лечение больных с метастазирующими опухолями, прошедших медицинское лечение. Учитывая, что при приеме BioBran происходит активизация натуральных киллеров (NK-клеток), способных уничтожать клетки рака в соотношении 1:1, важно предварительно уменьшить опухолевую нагрузку при помощи хирургии, химиотерапии и/или лучевой терапии.

BioBran способен существенно снижать побочные эффекты химио– и лучевой терапии при одновременном применении, улучшая качество жизни пациентов (уменьшение тошноты и рвоты, диареи; профилактика выпадения волос; повышение аппетита, настроения, работоспособности; нормализация сна).

По сведениям производителя, BioBran наиболее эффективен при лечении лейкемии и множественной миеломы, а также лимфомы, рака простаты, молочной железы и яичников.

На семинаре проф. Пфайфера (Pfeifer) были продемонстрированы удивительные примеры продолжительного улучшения состояния (5 лет и более) у пациентов с далеко зашедшими формами рака (прежде всего, рака простаты и молочной железы), прошедших традиционное лечение совместно с приемом BioBran. Однако, при приеме BioBran в сочетании с другими натуропатическими иммуномодуляторами на очень хорошие результаты, по его словам, можно надеяться, лишь в 20–30% тяжелых случаев.

BioBran, применяемый в качестве средства для общего поддержания здоровья, помогает укрепить иммунную систему, увеличивая активность лейкоцитов. Это, в свою очередь, улучшает способность организма уничтожать инфицированные и атипичные клетки до того, как они смогут распространиться и нанести вред организму. В случае уже возникшего заболевания BioBran может помочь ускорить выздоровление путём усиления функции иммунитета.

Положительное действие BioBran наблюдается также при разрушении энзимов печени вследствие гепатита (NK-клетки

уничтожают клетки, пораженные вирусом гепатита) или под действием определенных токсических веществ (антиоксидантное действие), при хронической усталости после вирусных заболеваний (с возможной ликвидацией пораженных EBV или цитомегаловирусом клеток) и при ВИЧ-инфекции.

При рецидивирующих вирусных инфекциях с межклеточной вирусной персистенцией типа Herpes simples, Herpes zoster, EBV можно попытаться провести 2-х месячный курс приема BioBran, если лечение более дешевыми препаратами не дает желаемых результатов.

При аллергических реакциях BioBran сдерживает дегрануляцию тучных клеток (хранилищ гистамина, который вызывает аллергические реакции), уменьшая симптомы аллергии.

Хотя ввиду иммуномодулирующего действия применение BioBran при аутоиммунных заболеваниях требует осторожности, в одном из исследований описано уменьшение симптомов у 3-х из 8 пациентов с первичным хроническим артритом после 6–12 месяцев приема арабиноксилана одновременно с лечением кортизоном.

Также BioBran обладает способностью повышать толерантность к глюкозе, благоприятно влияя на течение диабета, хотя и не является заменителем инсулина.

10. Действие на клеточном уровне

Арабиноксилан стимулирует прежде всего активность NK-клеток (за несколько недель способен активировать NK-клетки на 300%), а также способствует увеличению их числа. Кроме того, BioBran стимулирует активность T- и B-клеток на 200% и 150% соответственно.

B-клетки вырабатывают антитела, в то время как T- и NK-клетки уничтожают пораженные вирусом и бактериями клетки, а также злокачественные клетки. Одна NK-клетка может инактивировать более 27 атипичных клеток за период своей жизни.

Согласно данным исследований, существует два

механизма, отвечающих за активность NK-клеток, вызванную BioBran. Во-первых, это происходит за счет повышения содержания ферментативных гранул NK-клеток, во-вторых – за счет повышения выработки цитокина.

Что касается гранулярности, NK-клетки онкопациентов имеют, как правило, либо низкую гранулярность, либо ее полное отсутствие. Примечательно, что лечение BioBran значительно повышало содержание гранул в NK-клетках. При этом гранулы располагаются не только в порции цитоплазмы, но также и между ядерными и клеточными мембранами. Экзоцитоз гранул NK-клеток и секреция перфоринов (молекул, формирующих поры), хранящихся в форме цитоплазматических гранул, могут представлять один из важнейших механизмов для уничтожения клеток рака системой NK-клеток. Важная роль гранул при уничтожении опухолевых клеток естественными киллрами была выявлена при наблюдении за изолированными и очищенными гранулами. Они обладают разлагающим воздействием на разные типы опухолевых клеток. Следовательно, повышенный уровень гранулярности NK-клеток является важным фактором для усиления клеточного ответа на гибель рака благодаря применению BioBran.

Что касается цитокинов, было выявлено, что сразу несколько цитокинов влияют на пролиферацию NK-клеток или на цитолитическую активность. Большему изучению подверглись интерфероны и ИЛ-2. Подавление активности NK-клеток у онкопациентов была связана с недостаточным производством лимфокина. Предположительно, усиление цитотоксической функции NK-клеток за счет введения BioBran совпадает со значительным повышением уровней различных цитокинов. В лабораторных исследованиях было выявлено, что лечение BioBran значительно повышает производство ФНО-альфа и интерферонов. Кроме того, пациенты с различными типами злокачественных опухолей показали повышение уровней ИЛ-2, ИЛ-12, после лечения BioBran.

Проф. Хандретингер (Handgretinger) смог подтвердить стимуляцю активности NK-клеток у здоровой группы исследователей в эксперименте. У онкологических больных со сниженной активностью NK-клеток при помощи BioBran была

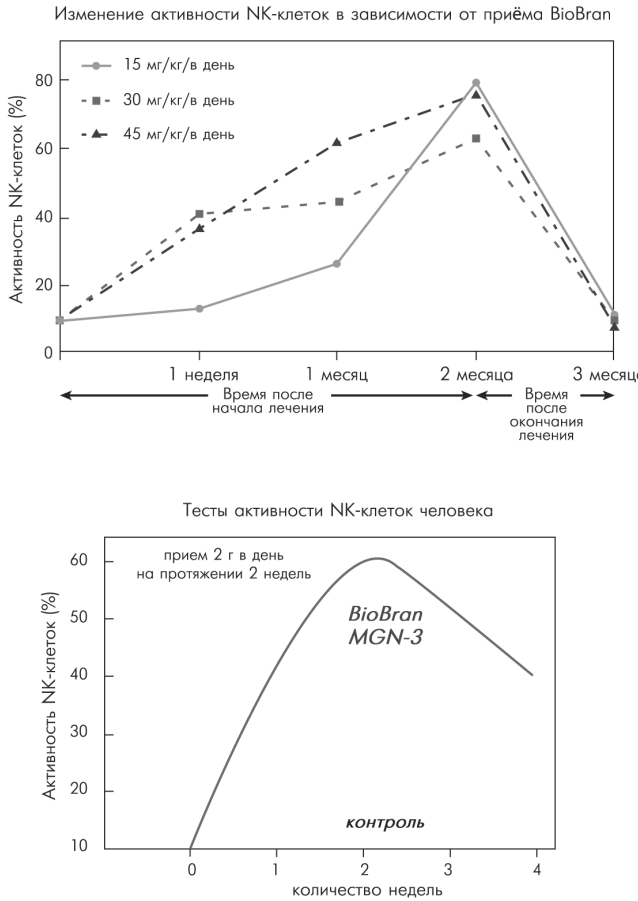


Рисунок 3. Влияние BioBran на активность нормальных киллеров.

достигнута стимуляция, аналогичная той, которая наблюдается при использовании дорогостоящих, вызывающих различные побочные действия, инъекций интерлейкина (IL-2). Комбинация подкожных инъекций IL-2 с пероральным приемом BioBran позволила в 2 раза повысить степень стимуляции по сравнению с той, которая наблюдается при использовании только одного вещества. Кроме того, обеспечивается стимуляция роста NK-клеток.

Естественные киллеры отвечают за секрецию фактора

некроза опухолей (ФНО), который, как полагают ученые, играет важную роль в гибели опухолевых клеток и секреции γ-интерферона – белка, способного влиять на скорость деления клеток рака, замедляя их рост.

В исследованиях подтверждено действие BioBran на стимуляцию апоптоза клеток злокачественных новообразований путем активации каспаз.

BioBran также стимулирует иммунную реакцию интерлейкина-2. Интерлейкин-2 – это цитокин, вещество, улучшающее естественную реакцию организма на инфекцию или иное заболевание.

Усиление иммунитета под действием BioBran происходит в течение нескольких дней, чтобы эффект иммуномодуляции достиг 90% своего пика необходимо несколько недель.

11. Активность NK-клеток у онкопациентов

NK-клетки являются составной частью врожденной иммунной системы (иммунный ответ на презентацию антигена или вакцину отсутствует). Они способны разрушать клетки, идентифицированные как чужие, без соответствующей предварительной сенсибилизации. Идентификация клеток в качестве чужих происходит в том случае, если NK-клетка с помощью своих рецепторов не распознает специфических ингибирующих антигенов на другой клетке (рецепторов HLA системы) или если рецептор HLA отклоняется от соответствующего корреспондирующего NK-клеткой рецептора. Именно опухолевые клетки и клетки, пораженные определенными вирусами, не имеют или имеют лишь недостаточное количество рецепторов HLA, или же эти рецепторы изменены. Напротив, если рецепторы NK-клетки распознают соответствующие рецепторы HLA на другой клетке, то NK-клетка теряет активность и не атакует данную клетку. Таким образом, естественные киллеры атакуют опухолевые клетки тем меньше, чем больше соответствующих рецепторов HLA презентирует данная клетка.

Путем определения числа, активности NK-клеток и сложной классификации рецепторов HLA и опухолевых клеток проф. Хандгретингер (Напддгейпдег) смог улучшить прогнозирование эффекта стимуляции NK-клеток в своей лаборатории.

Было показано, что стимуляция NK-клеток положительно влияет на продолжительность жизни онкологических больных, прежде всего, тогда, когда вначале число NK-клеток было незначительно или же их деятельность была подавлена. При этом NK-клетки эффективно стимулировались BioBran и/или IL2.

Вероятность развития злокачественных новообразований ниже у пациентов с высокой активностью NK-клеток. Это объясняет, почему результаты проф. Пфайфера (Pfeifer) у больных, прошедших традиционный курс лечения, были порой очень положительными за счет иммуностимуляции (в т.ч. при приеме BioBran), а порой отсутствовали, в связи с неспособностью NK-клеток к стимуляции или в случае, когда опухолевые клетки инактивировали NK-клетки соответствующими HLA-рецепторами.

К сожалению, сложные тесты для классификации и сравнения опухолевых рецепторов HLA и рецепторов NK-клеток в данный момент еще недоступны для повседневной практики. Тем не менее, определение числа NK-клеток и активности NK-клеток уже предлагается некоторыми лабораториями. Результаты определения могут служить ориентиром для показания к стимулированию NK-клеток у соответствующих пациентов.

12. Побочные действия

Токсическое действие арабиноксилана, а также побочные действия при длительном приеме BioBran не зафиксированы.

13. Противопоказания

Иммуносупрессивная терапия, плохая усвояемость, целиакия, нетерпимость к арабинозе и ксилозе.

АРАБИНОКСИЛАН – ЭКСТРАКТ РИСОВЫХ ОТРУБЕЙ (BIOBRAN MGN-3 ПОВЫШАЕТ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ: РЕЗУЛЬТАТЫ 3-Х ЛЕТНЕГО РАНДОМИЗИРОВАННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

М. Х. Бэнг, Т. В. Рип, Н. Т. Зинх, Л. Х. Сонг, Т. Т. Дунг, Л. В. Трунг, Л. В. Дон, Т. Д. Ки, Д. Пан, М. Шахин, М. Гонеум

Учеными Университета Медицины и Науки Чарльза Дрю (Лос-Анжелес, США) совместно с учеными 108 Центрального военного госпиталя (Ханой, Вьетнам) было проведено 3-х летнее клиническое исследование препарата BioBran.

Цель: проверить эффективность арабиноксилана – экстракта рисовых отрубей (BioBran MGN-3) в сочетании с интервенционной терапией (ИТ) больных гепатоцеллюлярной карциномой.

Пациенты и методы: В исследовании приняли участие 68 пациентов, больных гепатоцеллюлярной карциномой (I и II стадии). Пациенты, при помощи компьютера, методом случайного отбора были разделены на две группы:

Первую группу составили 30 пациентов, получавшие интервенционную терапию (контрольная группа);

Вторую группу составили 38 пациентов, получавшие интервенционную терапию + BioBran.

Исследование проводилось по двойному слепому, плацебо кантролируемому методу, т.е. пациенты и исследователи не знали, кто получает BioBran, а кто плацебо. Интервенционная терапия включала трансартериальную химиоэмболизацию или комбинацию химиоэмболизации и чрескожных инъекций этанола в опухолевый очаг.

Результаты: Пациенты в группе интервенционной терапии + BioBran показали:

- более низкий процент возврата болезни 31,6% (12 из 38), по сравнению с 46,7% (14 из 30) в контрольной группе;

- более высокий показатель выживаемости через 2 года после лечения – 35%, по сравнению с 6,7% контрольной группой;
- значительно более низкий уровень альфа-фетопротеина, сниженный на 38% (p=0,0001), по сравнению с исходным значением, в то время как в контрольной группе не произошло существенных изменений;
- значительное уменьшение объема опухоли в отличие от контрольной группы, в которой не произошло существенных изменений.
- Когда результаты были проанализированы по каждой методике интервенционной терапии (ИТ), выяснилось, что подгруппы BioBran+ ИТ показали лучшую реакцию на лечение по каждому исследованному аспекту, нежели подгруппа ИТ.

Заключение: BioBran в сочетании с интервенционной терапией может быть применим для лечения гепатоцеллюлярной карциномы.

Подготовлено по материалам статьи, опубликованной в октябре 2010: Anticancer Research (International Journal of Cancer Research and Treatment), №30,p.: 5145-5152

УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ И УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ РАКА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ BIOBRAN

Кихаширо Такахара и Каматаро Сано

Цель настоящего исследования заключается в определении влияния BioBran на увеличение продолжительности и улучшение качества жизни пациентов страдающих прогрессирующей формой рака различных локализаций.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняло участие 205 прооперированных пациентов с прогрессирующей или с нерезектабельной формой рака (III–IV стадии заболевания). Участники клинического исследования госпитализировались для лечения альтернативными препаратами и противораковыми препаратами с меньшими побочными эффектами. 205 пациентов были разделены на две группы: 109 пациентов составили контрольную группу лечения альтернативными препаратами, а 96 пациентам предлагалось лечение альтернативными препаратами совместно с BioBran.

BioBran применялся по 1 г 3 раза в день после еды перорально в течение полутора лет. Качество жизни пациентов проверялось наблюдением и опросами. Боль, недомогание и тошнота оценивались по 4-х балльной шкале (нет–0, редко–1, довольно сильно–2, сильно–3, очень сильно–4), аппетит по 3-х бальной (нет аппетита –0, плохой–1, средний–2, хороший аппетит–3).

В контрольной группе 53 пациента или 49% выбыли из исследования из-за повышенного болевого синдрома, недомогания и тошноты, снижения аппетита на фоне прогрессирующего рака, а также пессимистичного настроя некоторых пациентов, решивших бросить рекомендованное лечение. В группе BioBran все пациенты продолжили лечение.

Результаты исследования. Уровень выживаемости за 18 месяцев лечения составил 54.2% для BioBran группы (52 пациента) и 35.8% для контрольной группы (19 пациентов). Исследование показало, что ни один из выбывших из исследования пациентов не выжил. Это означает, что реальный уровень

выживаемости для контрольной группы составил 17.4% из 109 пациентов в самом начале исследования.

Выживаемость в исследовании сравнивалась с активностью NK-клеток. В результате уровень выживаемости был выше у пациентов с более высокой активностью NK-клеток в обеих группах. Выживаемость при активности NK-клеток менее 19,9% составила 12,5% в контрольной группе, 42,5% в группе BioBran; при активности более 40% NK-клеток выживаемость составила 66,7% – в контрольной группе и 81,0% в группе BioBran.

Наблюдались улучшения качества жизни, как в контрольной группе, так и BioBran группе. В группе BioBran было особенно отмечено повышение аппетита.

Выводы: BioBran в составе альтернативной терапии больных прогрессирующими формами рака различных локализаций способен увеличивать продолжительность жизни в 1,5 раза, а также улучшать качество жизни: уменьшать боль (–15,9%), недомогание (–17,3%), тошноту (–13,3%) и существенно усиливать аппетит (+24,2%).

Подготовлено по материалам статьи, опубликованной в мае 2004: Clinical Pharmacology and Therapy, Vol. 14 №3.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА ОНКОПАЦИЕНТОВ С ПОМОЩЬЮ BIOBRAN (4-ЛЕТНЕЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, 32 ПАЦИЕНТА)

Мамдух Гонеум, Джими Броун

Настоящая работа была проведена с целью изучения влияния BioBran, на функцию NK- клеткок и пролиферацию Т- и В-клеток у 32 пациентов с различными типами злокачественных новообразований.

Большинство пациентов прошли через циторедукцию при помощи традиционных видов лечения, таких как хирургическое вмешательство, лучевая терапия или химиотерапия. Пациенты получали BioBran (3 раза в день по 1г) ежедневно перорально.

Опухолевый специфический антиген (ОСА). ОСА для каждого типа опухоли измерялся до начала лечения препаратом BioBran и через месяц после лечения.

1 – Активность NK-клеток. Активность NK-клеток наблюдалась у пациентов с разными типами опухолей: простаты, 11.1 единиц лизиса; молочной железы 11.4 единиц лизиса; множественная миелома, 7.3 единиц лизиса; лейкемия 4.3 единиц лизиса. Исследования лимфоцитов периферической крови у 12 участников контрольной группы спустя 1–2 недели после первичного исследования, не выявили статистически значимых различий в активности NK-клеток по сравнению с первоначальными результатами. Лечение BioBran показало значительное повышение активности NK-клеток до десяти раз. Усиливающий эффект BioBran был выявлен при всех типах опухолей: простаты 41.9 единиц лизиса; молочная железа 33 единиц лизиса; множественная миелома 31.9 единиц лизиса; лейкемия 51.4 единиц лизиса.

2 – гранулы в NK-клетках. Препарат цитоцентрифугирования лимфоцитов периферической крови до лечения показал низкое содержание гранул в NK-клетках или их отсутствие.

С другой стороны, применение BioBran показало значительное повышение содержания гранул через 1 неделю

после начала лечения. Активированные BioBran NK-клетки показали повышение связывающей способности и способности уничтожать раковые клетки (рис. 4).

3 – пролиферация в естественных условиях Т- и Б-лимфоцитов

Лечение BioBran значительно повысило пролиферацию Т-клеткок. Пролиферация В-клеток также повысилась после лечения BioBran.

4 – Влияние на опухоль специфический антиген

Кроме повышения активности NK-клеток, пациенты показали постепенное снижение уровня опухоль специфического

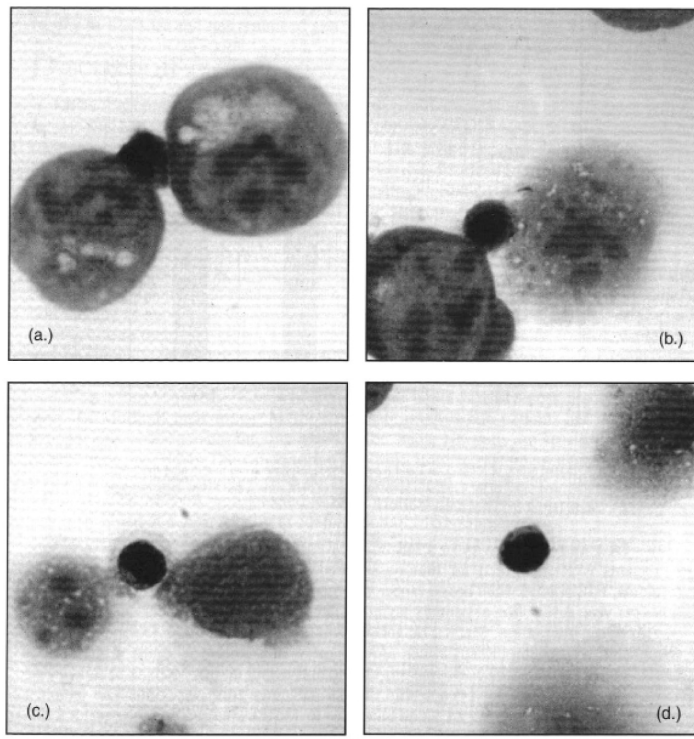


Рисунок 4.
(a) NK-клетки связываются с клеткой опухоли.
(b) Одна опухолевая клетка мертва.
(c) Обе опухолевые клетки мертвы, а NK-клетка все еще активна.
(d) NK-клетка самостоятельно отделяется от мертвых опухолевых клеток.

антигена без признаков увеличения в течение 4 лет, пока проводилось исследование.

Согласно нашим исследованиям, два механизма отвечают за активность NK-клеток, вызванную BioBran. Во-первых, это происходит за счет повышения содержания гранул в NK- клетках, во-вторых – за счет повышения производства цитокина. Гранулярность естественных киллеров отвечает за гибель разных типов опухолевых клеток. Следовательно, повышенный уровень гранул в NK-клетках является важным фактором для усиления клеточного ответа на гибель злокачественного новообразования благодаря применению BioBran.

Что касается цитокинов, было выявлено, что сразу несколько из них влияют на пролиферацию NK-клеток или на цитолитическую активность. Подавление активности NK-клеток у раковых пациентов было связано с недостаточным производством лимфокина. Усиление цитотоксической функции NK-клеток за счет введения BioBran совпадает со значительным повышением уровней различных цитокинов. Наша работа показала первичный эффект BioBran на NK-клетки, а также эффект на T- и B-клетки. Это доказывает, что BioBran вызывает общую стимуляцию иммунитета.

*Подготовлено по материалам книги: Dr. Ronald M. Klatz, Dr. Robert Goldman. Anti-Aging Medical Therapeutics, Vol. III, Chapter 30, p.217-226.

Двадцатилетний опыт успешного применения BIOBRAN Обзор некоторых клинических случаев

Рак груди

Пациентка K.T., 39 лет; местонахождение: Япония; д-з: рак груди

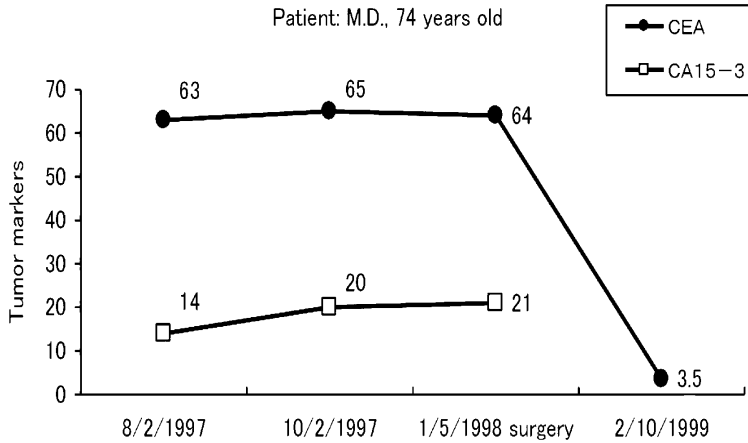
Пациентка M.D., 74 года; местонахождение: Япония; д-з: рак груди

Истории болезней и лечения

Две пациентки с раком груди принимали по 3 грамма Биобрана в день в течение продолжительного времени для подтверждения эффективности препарата.

Пациентка K.T. 39-ти лет перенесла операцию на груди вследствие рака. Через полтора года после операции она получила комбинированное лечение (химиотерапия + биобран) в госпитале в префектуре Кочи (Япония). Опухолевый маркер CA15-3 вначале лечения был 268. Рост количества маркера был подавлен комбинированной терапией, с тех пор пациентка придерживается привычного образа жизни и наслаждается ее нормальным качеством, хотя и продолжает посещать госпиталь на регулярной основе. Она принимала биобран с 24 февраля 1997 года по 3 декабря 1998 года.

Пациентка M.D., 74 лет. Прибыла в госпиталь с опухолью, торчащей из ее груди, как цветная капуста. Опухолевые маркеры в то время были 63.4 для CEA и 14.6 для CA15-3. 2 августа 1997 года ее госпитализировали. Тогда она начала принимать 3 грамма биобрана в день. 2 октября 1997 года тесты показали, что маркеры оставались на 15-3 65.1 для CEA и 20.1 для CA. Хирургическое вмешательство было осуществлено по требованию пациентки в январе 1998 года. Больная продолжила принимать биобран, и 10 февраля 199 года маркер CEA снизился на 3.5. Оказалось, что биобран помог предотвратить



рецидив рака. С тех пор она придерживалась здорового образа жизни и принимала биобран со 2 августа 1997 года по 10 февраля 1999 года.

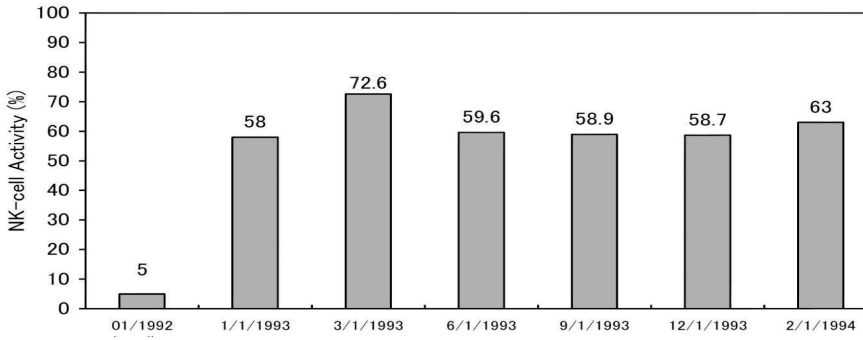
Оценка

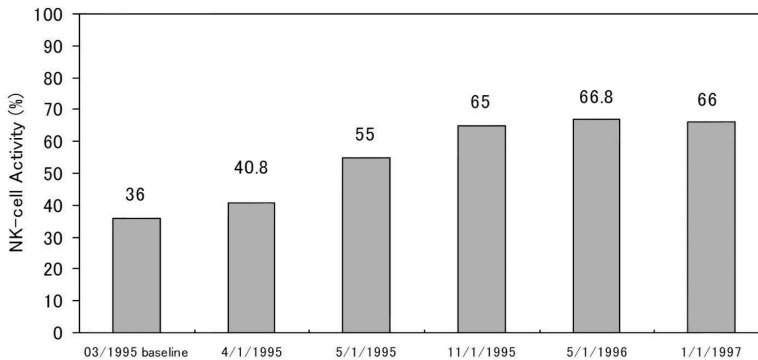
Клиническое исследование с участием двух пациенток подтвердило эффективность Биобрана при лечении рака груди. В обоих случаях опухолевые маркеры не увеличивались в период применения препарата, также Биобран подавлял рост опухолей. Он продлил жизнь обеих пациенток, у женщин восстановилось здоровье и стабилизировалось состояние.

Пациентка С.Е., 51 год; местонахождение: США; д-з: рак груди

История болезни и лечения

51-летняя пациентка из Калифорнии обнаружила рак в своей левой груди, что было подтверждено биопсией в госпитале 19 декабря 1994 года. Сначала она прошла лечение с применением гормональной терапии и радиотерапии, которое было безуспешным. 7 марта 1995 года она начала принимать по 3 грамма Биобрана в день. Активность ее NK-клеток увеличилась почти что в два раза в сравнении с исходным уровнем, а маммограмма, проведенная 31 июля 1995 года показала





отсутствие опухолей, даже доброкачественных. При проведении повторного исследования в январе 1997 года опухоль не обнаружена, пациентка продолжила принимать биобран для предотвращения рецидивов.

Оценка

После получения гормональной и радиационной терапии, пациентка принимала Биобран для предотвращения рецидива рака. Во время приема активность NK-клеток пациентки постепенно повышалась, в настоящее время поддерживается удвоенная активность NK-клеток по сравнению с исходным уровнем. Полагается, что данное улучшение иммунной защиты помогло предотвратить рецидив.

Пациентка M.L., 50 лет; местонахождение: США; д-з: рак груди

История болезни и лечения

3 августа 1991 года во время исследования левой груди пациентки была обнаружена опухоль. 3-го сентября 1992 года больная начала принимать 3 грамма Биобрана ежедневно в качестве иммунотерапии. При последующем проведении компьютерной томографии 13 марта 1993 года опухоли не обнаружено. Правая грудь пациентки также абсолютно нормальна и здорова (по данным маммограммы, сделанной 26 января 1995 года).

Оценка

Применение Биобрана помогло пациентке вылечить рак груди в течение двух лет. Активность ее NK-клеток быстро увеличилась и оставалась на высоком уровне на фоне приема Биобрана.

Пациентка J.B., 46 лет; местонахождение: Германия;

д-з: рак груди

Диагноз от 02.1998: Рак груди, T3 (опухоль >5 см), G2, первичная опухоль размером со сливу; не может быть отделена от здоровой ткани и полностью удалена.

Пациентка отказалась от удаления лимфатических узлов, а также от химиотерапии и радиации. Альтернативное лечение: терапия омелой белой, вливания витамина C, специальная диета, ортомолекулярные питательные вещества, детоксификация посредством лечебного голодания в течение 42 дней.

10.2000: Удаление рецидива.

01.2001: пятиразовая гипертермия всего тела, обнаружение низкой активности NK-клеток.

01.2001: Результаты тестов после гипертермии: (> 25) NK/Ctx (цитотоксичность); базальная 5% (> 40) NK/Ctx; IL-2 stim 13%.

Заключение: Несмотря на прием высоких доз жизненно важных питательных веществ, вливания витамина C, терапию

омелой, диетотерапию и общую гипертермию, увеличения активности NK-клеток не наблюдалось.

06.2001: Начало лечения Биобраном, по 3 грамма в день.

Результаты тестов от 25.06.01 (>25) NK-CTX (цитотоксичность); базальный 28% (>40) NK-CTX; IL-2 stim 31%.

Результат от 14.07.01 (>25) NK-CTX; базальный 36% (>40) NK-CTX; IL-2 stim 38%.

Заключение. Увеличение активности NK с 5% до 36% в течение 6 недель. С тех пор пациентка находится в хорошем физическом и психологическом состоянии. Кроме того, согласно последнему исследованию, проведенному в ноябре 2011 года, гемограмма (CBC) пациентки оптимальная. Рецидив опухоли с октября 2004 года не обнаруживался. Чтобы поддержать свою иммунную систему, больная время от времени проходит курс лечения Биобраном, состоящий из 3 граммов Биобрана ежедневно в течение нескольких недель.

Пациентка М.М., 48 лет; местонахождение: Япония;

д-з: рак груди

История болезни

Пациентка обнаружила вздутый лимфоузел на левой стороне шеи. Она посетила ближайший госпиталь для прохождения полного медицинского обследования. Исследования выявили опухоль левой груди, а вздутие на шее было диагностировано как метастатическое поражение. Опухоль была определена как неоперабельная, и пациентку подвергли химиотерапии в комбинации трех препаратов (Адриамицин, 5FU и циклофосфамид). Опухоль на ее левой груди была сложной, и после лечения опухолевый маркер не снизился, поэтому пациентка получила еще 4 сеанса химиотерапии. В январе 2000-го года больной были назначены еженедельные инфузии доцетаксела (Таксотера). Вливания продолжались до июля 2000-го года, но экспрессия маркеров метастаза в лимфоузле и самой опухоли увеличивалась.

18 января больная посетила нашу клинику для прохождения иммуностимулирующей терапии. 28 января она начала получать еженедельные вливания витамина С и китайский препарат Hochuekkito по 7,5 грамм в день, а также, Биобран в дозировке 3 грамма в день по 1 грамму 3 раза в день в качестве иммуностимулирующей терапии. В июне того же года было подтверждено уменьшение опухоли и лимфоузла. Гормональная терапия препаратами на основе прогестерона заменила Таксотер в августе. С тех пор рецидивов и метастаз не было, что было подтверждено радиографией, компьютерной томографией и ультрасонографией, хотя показатели опухолевых маркеров колебались.

Оценка

После того, как пациентка начала принимать Биобран в составе иммуностимулирующей терапии в дополнение к химиотерапии, активность NK-клеток увеличилась и размер опухоли уменьшился. В течение 8-ми месяцев после лечения с помощью арабиноксилана, активность NK-клеток увеличилась более чем в 2 раза, что внесло вклад в предотвращение рецидива.

Пациентка, 52 года; местонахождение Россия, г. Калуга.

д-з: фиброзно-кистозная мастопатия, папилломатоз

История болезни

Выраженная онкофобия (рак у обоих родителей), поведение и оценка ситуации адекватные. Множественные кожные папилломы. Неоднократно у дерматологов удаляла пигментные родинки на коже (гистологически – без признаков малигнизации). В течение более 20 лет - фиброзно-кистозная мастопатия с выраженным болевым синдромом в предменструальном периоде. Хронический ринит, полисинусит, периодическая потеря обоняния.

В апреле 2014 г. выявлено повышение уровня СА 72-4 в крови и опухолевой М2 пируваткиназы в кале. Кровь в кале отсутствует. Тщательное обследование в стационаре (МРТ, эндоскопия, колоноскопия и ирригоскопия, УЗИ) не выявило никаких признаков патологии органов ЖКТ, в том числе опухолевого процесса.

С апреля 2014 принимала BioBran по 3 г в день, в течение 2х мес, далее по 1 г в день, в течение 3х мес.

Через 5 месяцев (сентябрь 2014): Исчезли кожные папилломы, исчезли признаки фиброзно-кистозной мастопатии (и по УЗИ, и по субъективным ощущениям). В сентябре 2014 нормализовался уровень СА 72-4, уровень опухолевой М2 пируваткиназы сохранялся повышенным.

В марте 2015 самочувствие было хорошим, молочные железы не беспокоили, кожные папилломы не появлялись. В течение эпидсезона ни разу не перенесла ОРВИ/грипп.

В июне 2015 г. обратилась к ЛОР-врачу по поводу хронического ринита и полисинусита, при обследовании был выявлен полипоз носовых ходов и придаточных пазух носа (гистологически - фиброзно-отечные полипы слизистых).

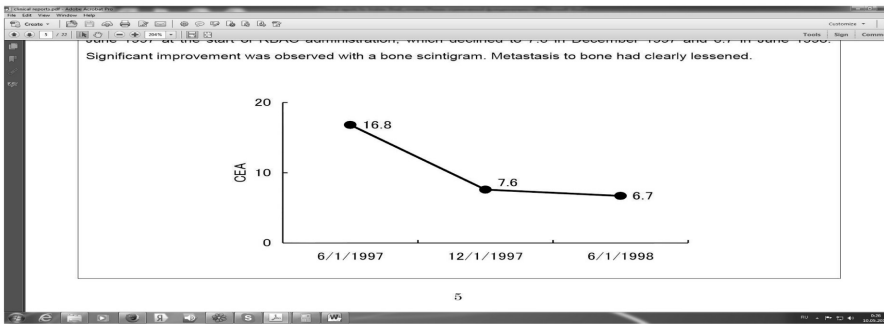
Возобновила приём БИОБРАНА (по 1 г 3 раза в день, 2 недели, далее по 1 г в день). На фоне приёма БИОБРАНа произведена операция по удалению полипов, ослеоперационный период протекал гладко.

В настоящее время (сентябрь 2015) чувствует себя хорошо, носовое дыхание и обоняние полностью восстановились; других жалоб не предъявляет, продолжает прием БИОБРАН по 1 г в день.

Пациент S.K., 67 лет; местонахождение: Япония; д-з: рак легких

История болезни и лечение

67-ми летний японец значительно потерял в весе и страдал от частого сухого кашля с мокротой, что привело его в отделение респираторной медицины и хирургии в госпитале в Осаке (Япония) в августе 1996 года. Во время исследования ему диагностировали рак легких, осложненный туберкулезом легких. В октябре 1996 года больного первый раз пролечили антибиотиками от туберкулеза легких, а затем от рака легких с помощью лучевой терапии. В декабре того же года раковая опухоль была удалена путем резекции нижней половины правого легкого пациента. В январе 1997 года он покинул госпиталь. Пятью месяцами позже больной почувствовал боль в правой области груди и при исследовании были обнаружены многочисленные метастазы в кости. Затем опухоли распространились по всему организму с основным расположением в ребрах правой части области грудины. Пациенту назначили 3 грамма Биобрана в комбинации с обезболивающими. В течение 6-ти месяцев на фоне приема Биобрана дозировка обезболивающих постепенно снижалась вследствие того, что боли утихали. В июне 1998 года боли прекратились, и пациент смог полностью отказаться от обезболивающих. Значение опухолевого маркера (см. график)



Изменения, вызванные лечением Биобраном

составляло 16.8 в июне 1997 года в начале приема Биобрана. Затем данный показатель снизился до 7.6 в декабре 1997 года и 6.7 в июне 1998 года. Значительное улучшение было обнаружено в костной сканограмме. Метастазы в костях четко уменьшились.

Пациент почувствовал уменьшения болей в правой части области грудины через месяц после приема Биобрана, а шестью месяцами позже боли значительно сократилась.

Оценка

В данном случае метастазы развились очень быстро, медленно замедлили рост и уменьшились после назначения Биобрана. По состоянию на июнь 1998 года опухолевой маркер был все еще выше нормального уровня, однако продолжение приема биобрана привело к дальнейшему улучшению и возможной ремиссии. Лечение арабиноксиланом было использовано в очень похожем случае с 77 летней пациенткой женского пола и привело к уменьшению метастаз в костях и сокращению боли.

Пациент A.G., возраст неизвестен; местонахождение: Германия; д-з: бронхиальная карцинома (рак легких)

28/07/2005: Медицинское заключение: большая вероятность бронхиальной карциномы, расположенной в центре главного левого бронха, размером 3.5 x 3 см.

08/09/2005: Начало лечения Биобраном: 3 грамма в день в течение месяца, после этого 1 грамм в день.

08/09/2006: Первый цикл химиотерапии с помощью Таксола и Цисплатина.

16/09/2005: Результаты гистологии: недифференцированная крупноклеточная карцинома, G3 (высокая степень), подозрения на бронхиальную карциному, расположенную в центре левого главного бронха.

16/09/2006: Начло 13-ти циклов химиотерапии в сочетании с радио-химиотерапией с использованием Paclitaxeland Cisplatin II.

28/09/2005: Диагноз: Левосторонняя бронхиальная карцинома (NSCLC), T4 (инвазивная), NO (нет метастаз в лимфоузлы), MO (нет отдаленных метастаз).

29/11/2005: пациент принял участие в ESPATU-исследовании: назначена неадьювантная индукционная химиотерапия, радио-химиотерапия с помощью Paclitaxel и Cisplatin II.

21/12/2005: Начало неадьювантной радио-химиотерапии, продолжение без осложнений. Позднее потребовалась дефинитивная радио-химиотерапия вплоть до 71Gy (исследование ESPATU с 88 участниками).

Реабилитационное лечение начато в феврале 2006 года (перед МРТ черепа). Профилактически была проведено общее облучение черепа.

14/06/2006: Диагноз: Центральный некроз (после радиооблучения) в нижней доле, на левой стороне. Крупноклеточная бронхиальная карцинома в левом легком, ED 08/05 (T4, NO, MO). ХОБЛ-терапия: трансторакальная, в левой части грудной клетки.

Радио-химиотерапия до 02/2006.

19/09/2006: КТ грудной клетки с контрастным веществом. Методы исследования: латеральная топограмма, спиральная КТ. Результат: все еще обнаруживается опухоль размером 2x1.5 см, гладкая, с определенным объемом жидкости, левая дорсолатеральная, расположенная в апикальном сегменте нижней доли. Наиболее вероятны рубцовые изменения, некротические остатки опухоли или спавшаяся полость абсцесса.

Первичная большая опухоль в левом центральном легком практически незаметна после химиотерапии и радиации.

10/11/2006: Томография: FDG-PET/CT нативная и с контрастным веществом от 02.11.06.

Вопрос: Рецидив?

Заключение: Нет доказательств обнаружения живой опухоли. Морфологически обнаруженные тени в легких, вероятнее всего, являются результатом действия радиохимии либо следами ввода противовоспалительных препаратов.

Конец 2007 года – только 2 из 88 участников исследования ESPATU все еще живы.

02/2008: Пациент не чувствует боли и продолжает жить, принимая 250 миллиграмм Биобрана ежедневно.

01/2012: Пациент все еще хорошо себя чувствует и является единственным выжившим из исследуемых.

Пациент S.B., 64 лет; местонахождение: Япония;

д-з: рак толстой кишки

История прошлых заболеваний и лечений

В декабре 1998 года пациент обнаружил большое количество крови в кале, вследствие чего обратился в ближайший госпиталь для прохождения колоноскопии. В результате больному диагностировали рак толстой кишки. Ему рекомендовали хирургическую операцию, но он от нее отказался, и вновь посетил данный госпиталь в январе 1999 года. Хотя ему рекомендовали хирургическое вмешательство, он вместо него настоятельно требовал консервативного лечения, состоящего, главным образом, из иммунотерапии, для предотвращения дальнейшего роста опухоли. Его лечили с помощью строгой диеты и комбинации иммуностимулятора Биобрана, пищевых добавок, гормона роста и гормонов тимуса. Биобран давался в течение 6-дневного цикла, в течение 4-х дней принималось по 5 грамм, а затем была 2-дневная пауза. После года лечения пациент заметил, что количество кала при дефекации у него стало уменьшаться, и подумал, что опухоль растет. После полного медицинского обследования было обнаружено, что опухоль не выросла, а, напротив полностью распалась. Уменьшение количества каловых масс при дефекации возникало вследствие того, что кишка была закупорена массами распавшихся опухолевых клеток.

Оценка

Рак толстой кишки прогрессировал и требовал хирургического вмешательства. Принимая во внимание вопросы качества жизни, пациент предпочел пройти лечение, которое стимулировало бы его защитный потенциал. В качестве ведущего препарата иммунотерапиии был использован Биобран.

Пациентка Y.I.: местонахождение: не указано; возраст: 39 лет; д-з: рак мочевого пузыря

История прошедших заболеваний и лечений

У пациентки развился ревматоидный артрит во время учебы на стоматолога в институте. Когда ей было 29 лет, она открыла собственную стоматологическую клинику и имела широкую практику. В феврале 1999 года у женщины началась серьезная гематурия, и ее приняли в отделение урологии в ближайший госпиталь на обследование. Гистологические тесты выявили рак мочевого пузыря. Ей порекомендовали сделать операцию по его удалению, но она отказалась из-за последующего нарушения качества жизни. Y.I. предпочла пройти лечение, состоящее главным образом из альтернативной медицины, и пробовала различные варианты. 5 июня она обратилась за помощью в наш госпиталь. Больную немедленно посадили на строгую полуголодную диету. Ей также порекомендовали ежедневно принимать 4–5 г Биобрана для увеличения иммунитета и различные ферментированные продукты для улучшения биохимических показателей крови. Боль при мочеиспускании начала стихать через две недели. В начале июля, через месяц после начала лечения, симптомы гематурии уменьшились благодаря сокращению объема опухоли. Значение опухолевого маркера NMP-22 (норма от 12 и меньше), 28 июля снизилось с 58-ми до 10-ти.

Оценка

Раковая опухоль мочевого пузыря уменьшилась в размере за короткий период времени вследствие лечения с помощью строгой диеты и иммуномодуляции. Опухоль полностью исчезла согласно показаниям теста на опухолевый маркер. Молодой возраст пациентки и повышенная способность к самоизлечению могли внести вклад в улучшение течения болезни. Однако в связи с тем, что возвращение к традиционному образу жизни может повлечь за собой рецидив болезни и рост новой опухоли, пациентка нуждается в строгом последовательном врачебном наблюдении, включающем лабораторные и аппаратные исследования.

Пациент Т.Н., 26 лет; местонахождение: Германия;

д-з: лейкемия

История болезни

17/11/2004: Обратился в госпиталь вследствие сниженного гемоглобина (Hb) 5.5. В результате обследования выставлен диагноз: Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) тип Pro-B-ALL с В-клетками 97%.

18/11/2004: Переведен в отделение интенсивной онкотерапии. Уровень гемоглобина 4.6.

19/11/2004: Начало лечения кортизоном, ежедневные EPO инъекции.

20/11/2004: Дальнейшее ухудшение общего состояния пациента, уровень гемоглобина снижается до 3.7. Начало химиотерапии (Винкристин).

21/11/2004: Второй курс химиотерапии (VCR, дексаметазон, 50 мг Даунобластина).

22/11/2004: Уровень гемоглобина 3.5; лейкоцитов 1.3; тромбоцитов 4. Назначение ГКСФ (гранулоцитарного колониестимулирующего фактора).

24/11/2004: Абсолютный постельный режим прописан до 25.11.2004. Увеличиваются признаки вялости и истощения. Назначение кислорода.

26/11/2004: Уровень гемоглобина падает до 2.1. Проводится медицинский консилиум вследствие большой угрозы жизни. Назначен третий курс химиотерапии.

27/11/2004: Ухудшение общего состояния.

28/11/2004: Перевод в одиночную палату (изоляция), Гемоглобин падает до 1.4. Начат прием Биобрана в дозировке 3 грамма в день (на собственный риск пациента).

29/11/2004: EPO-инъекция в течение 1 дня.

01/12/2004: Уровень гемоглобина остался стабильным на отметке 1.4.

03/12/2004: Четвертый курс химиотерапии.

05/12/2004: Уровень гемоглобина повышается до 1.9. Тромбоциты повышаются в 8 раз до 32.0. Прекращено лечение кортизоном.

06/12/2004: Завершение изоляции пациента. EPO-инъекция (Аранесп).

07/12/2004: Удалены трубки для искусственного питания, еду и лекарства можно принимать орально.

09/12/2004: Произведена пункция костного мозга: бластные клетки <5%, отмечена быстрая регенерация костного мозга и повышение бластов.

10/12/2004: Пятый курс химиотерапии.

13/12/2004: Перевод пациента в общее отделение. Повышение гемоглобина до 4.3.

16/12/2004: Повышение гемоглобина до 5.0, тромбоцитов до 180 000.

17/12/2004: Шестой курс химиотерапии.

18/12/2004: Повышение гемоглобина до 5.8; тромбоцитов до 225000; уровень лейкоцитов 10.9.

20/12/2004: Гемоглобин 6.1; тромбоциты 220000; лейкоциты 5.9. Ожидание повышения уровня гемоглобина до 90г/1 (по крайне мере), желательно более чем 100г/1, потом – продолжение лечения.

28/12/2004: Продолжение лечения

24/01/2005: Гемоглобин 12.5; тромбоциты 289 000; Лейкоциты 4.9.

25/01/2005: Начало полной индукционной терапии, стадия 2 (Эндоксан 1670, Алексан 1000, Пуринетол 100 мг ежедневно) + Гранозит + 2х 15мг МТХ (в костный мозг) + для защиты мочевого пузыря: Уромитексан 400мг/ч 0-4-8.

29/01/2005: Химиотерапия отложена вследствие головной боли и периодической рвоты (при смене положения тела).

28/02/2005: Продолжение химической индукции – стадия 2 II.

02/03/2005: Гемоглобин 8.7; тромбоциты 204 000; лейкоциты 24.6 (ГКСФ).

04/03/2005: Окончание терапии.

08/03/2005: Начало профилактического облучения черепа в клинике радиационной медицины в Людвигсбурге.

18/03/2005: Гемоглобин 8.6; тромбоциты 70000; лейкоциты 2.8.

23/03/2005: Гописатлизация, обращение в госпиталь RBK в Штутгарте.

24/03/2005: Имплантация Хикмана. Лаборатория: гемоглобин 6.8; тромбоциты 64000; лейкоциты 1.6.

11/04/2005: Ежедневное облучение в Гайдберге, TBI 12Gy.

12/04/2005: Лаборатория: гемоглобин 12.8; тромбоциты 78000; лейкоциты 3.58.

15/04/2005: Лаборатория: гемоглобин 11.6; тромбоциты 64000; лейкоциты 3.3.

15/04/2005: Прием в RBK в Штутгарте.

16/04/2005: Мелиоаблятивная терапия с помощью циклофосфамида (120мг/кг веса тела). Начало приема больших дозировок Эндоксана.

18/04/2005: Прекращение приема Биобрана.

19/04/2005: Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (количество трансплантированных клеток: 5.04 x 106 /кг веса тела) класса CD34.

GvHD-профилактика посредством CSA для адаптации MMF трансплантанта вследствие нейтропении 4 степени, тромбоцитопении 4 степени, анемии 3 степени, "микроизлияний", макроскопической гематурии, многочисленных петехий, субарахноидального кровоизлияния.

09/05/2005: Гемоглобин 11.1; тромбоциты 151000; лейкоциты 4.0. Лекарства: фолиевая кислота, Мультибионта, Анаресп, Пантопразол, подготовка магнезии, Левофлоксацин, Метронидазол, Флюконазол, Циклоспорин (Сандиммун), Микофенатол Мофетил (Целлсепт).

09/01/2006: Окончание подавления иммунитета, отмена сандиммуна.

13/02/2006: гемоглобин 10.7; тромбоциты 131000; лейкоциты 4.0. Начало лечения Биобрана в дозе 1 грамм ежедневно (около 3-х месяцев).

09/03/2006: Гемоглобин 11.2; тромбоциты 143000; лейкоциты 4.8.

20/04/2006: Гемоглобин 11.7; тромбоциты 178000; лейкоциты 4.7.

09/05/2006: Окончание приема Биобрана.

31/05/2006: Гемоглобин 11.3; тромбоциты 144000; лейкоциты 4.1.

01/06/2006: Возвращение к работе с ограничением рабочего времени до15-ти часов в неделю.

05/10/2006: Гемоглобин 12.4; тромбоциты 225000; лейкоциты 4.4; ESR 40/80.

07/10/2006: Температура до 39.5°C.

20/10/2006: Биобран – 4 таблетки Биобрана (=2г) дважды в день. После 3-х дней, 1 х ежедневно (=1г) (в целом, 50 таблеток).

13/11/2006: Гемоглобин 11.8; тромбоциты 131000; лейкоциты 4.3. Уровни энзимов печени продолжают падать.

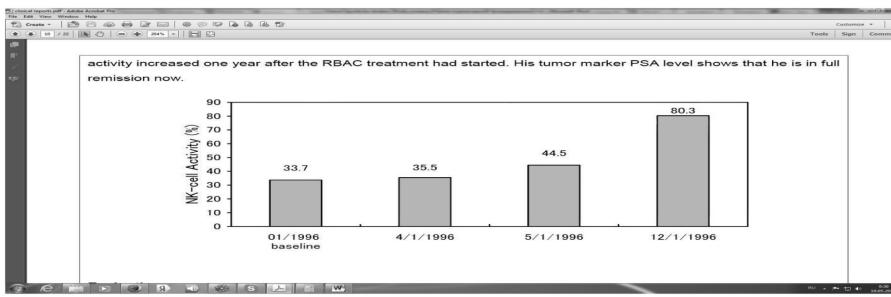
20/02/2008: Пациент чувствует себя хорошо, здоров, показатели крови оптимальны.

Пациент C.J., 68 лет; местонахождение: США;

д-з: рак предстательной железы

История болезни и лечения

68-летнему американскому пациенту поставили диагноз в июле 1995 года в госпитале в Калифорнии. Два вида химиотерапии были начаты сразу же, но были безуспешными. Исследование, проведенное 25 августа 1995 года, показало индекс Глиссона 9. Значительного улучшения не наблюдалось, несмотря на химиотерапию. В январе 1996 года он начал принимать 3 грамма Биобрана в день. В апреле 1996 года пациенту была проведена криопростатэктомия без гормональной терапии. Пациент восстановил способность к эякуляции 10 ноября 1996 года. Активность его NK-клеток увеличилась через год после начала лечения Биобраном. PSA-уровни его опухолевого маркера показывают, что в данный момент больной находится в состоянии полной ремиссии.



Заключение

Данный пациент начал прием Биобрана только после того, как обнаружил, что химиотерапия была безуспешной. Тремя месяцами позже опухоль уменьшилась до нормальных размеров, что сделало возможным ее удаление с помощью криопростатэктомии. Оказалось, что Биобран помог пациенту восстановить способность к эякуляции. Активность его NK-клеток поддерживается на высоком уровне. Результаты показывают, что в данном случае Биобран оказал положительное влияние на индуцирование инволюции опухоли и предотвращении ее рецидива.

Пациент, 77 лет; местонахождение Россия, г.Калуга;

д-з: рак предстательной железы

История болезни и лечения

При проведении плановой диспансеризации в феврале 2013 года был выявлен рак предстательной железы T3a N1 M0 (ПСА, УЗИ, СКТ, биопсия). С марта 2013 химиотерпия золадекс (12 мес) + флутамид (3 мес). Через год достигнута ремиссия (подтверждено СКТ и онкомаркерами), химиотерапия прекращена.

Спустя 6 месяцев на СКТ в сентябре 2014 выявлен прогрессирующий рак правой почки T2a N0 M0 (гистологически подтверждённый после нефрэктомии).

Повторное МРТ в ноябре 2014 выявило рост опухоли и увеличение лимфоузла малого таза (что расценено как рецидив рака простаты). Предложена нефрэктомия. Пациент согласился на операцию, но из-за плохого самочувствия и сильной слабости (кахексия-анорексия) была необходима предоперационная подготовка.

Сопутствующая патология: анемия (89 г/л), токсоплазмоз (впервые выявленный, серологически активный, в квартире домашние животные), ГБ2 и атеросклероз, объемное образование и кисты поджелудочной железы, фиброз-эмфизема и мелкоочаговые изменения в легких, кисты контрлатеральной почки.

С ноября 2014 принимал Биобран по 3 г в сутки – 2 мес; далее по 1 г в сутки по сентябрь 2015. В плане предоперационной подготовки проведена антибиотикотерапия токсоплазмоза (спирамицин), метаболическая терапия атеросклероза (омега-3-масла) и анемии (мальтофер внутримышечно). Отмечается быстрое улучшение самочувствия, к моменту операции гемоглобин 115 г/л.

В декабре 2014 в МНИОИ им. Герцена проведена правосторонняя радикальная нефрадреналэктомия через срединную лапаротомию, осложненная обильным венозным кровотечением из ренальной вены. Незамещенная кровопотеря составила 1200 мл.

Тем не менее, отмечалось быстрое послеоперационное восстановление, гемодинамика в норме, послеоперационная рана заживала первичным натяжением. Пациент выписан на 5 сутки после операции.

В январе 2015 отмечается постнефрэктомическое повышение уровня креатинина в крови (через 2 недели), которое в значительно мере скомпенсировано спустя 1,5 мес (на фоне диеты с контролем уровня белка и фитотерапии).

В феврале 2015 гемоглобин 129 г/л, холестерин, гомоцистеин в норме, ПСА в норме.

Пациент приступил к работе (преподавательская деятельность).

СКТ в марте и в июле 2015 – опухолевого роста в проекции ложа правой почки не выявлено, состояние поджелудочной железы и легких прежнее. Уровень ПСА крови сохраняется в пределах нормальных границ, но повысился с нижних значений до верхних; решено провести химиотерапию золадексом. Через 3 мес уровень ПСА снизился почти до нижней границы, курс химиотерапии пациент перенес хорошо.

Июль 2015: гемоглобин 134 г/л, эритроциты 4,31 млн/мкл, лейкоциты 6370 /мкл, тромбоциты 137000 /мкл, мочевина 9,7 ммоль/л, креатинин 118,3 мкмоль/л.

Пациент T.J., местонахождение: Словакия;

д-з: аденосаркома почки

История жизни и болезни:

Дед больного ребенка оперировался по поводу рака почки Гравитца, ректосигмовидного рака. На данный момент оба заболевания находятся в стадии ремиссии. Ребенок от первой беременности, вес 3170 грамм, рост 51 см, показатель по шкале Апгар 10. Социальное положение семьи: хорошее. Питание и выведение веществ из организма: хороший аппетит, мочеиспускание без осложнений, наличие крови в моче, регулярная кишечная перистальтика. Аллергоанамнез отрицательный.

Пациент в возрасте 4,5 лет был принят в онкологическую клинику с предполагаемым диагнозом «синдром Вильмса» после того, как за 48 часов до этого воспитатель детского сада заметила кровь в моче, а на следующий день мать также заметила у мальчика гематурию без дизурии (затруднения мочеиспускания). Ребенка также обследовал уролог, так как УЗИ показало подозрительную опухоль на левой почке. Дополнительно была проведена томография, которая подтвердила опухоль на левой почке, возможно злокачественной этиологии. Размер почек был 4,5 см, а опухоли – 7,5 см. Вследствие того, что опухоль возникла в верхней области почки, никакой асимметрии (а именно, деформации брюшной полости) не было заметно. Это один из наиболее общераспространенных симптомов данной формы рака у маленьких детей.

Предоперационный период

Ребенка приняли в онкологическую клинику DfN на следующий день после того, как была назначена предоперационная химиотерапия с целью локализации нефробластомы (опухоли почки) согласно протоколу SIOP 2001 с помощью 4x Vinkristin, 2x Cosmogen и 3x Aktinomycin. Предоперационная химиотерапия была назначена для ограничения роста опухоли, которую окружали жизненно важные органы и ткани. В течение

6-ти месячного курса терапии размер опухоли не сократился, но за это время была проведена предоперационная подготовка. Однако вначале предоперационной химиотерапии произошло неожиданное быстрое снижение лейкоцитов с уровня 8,9 до 1.5 g/L. Из-за низкого уровня лейкоцитов проведение операции стало невозможным. Мальчику был назначен иммуностимулятор «фактор Лоуренса», и после консультаций с доктором мать начала давать ему Биобран. В течение нескольких дней было отмечено значительное увеличение лейкоцитов с 1.5 до 4.0 g/L. Вследствие успешности лечения, операция по нефрэктомии (удалению почки) и эпинефрэктомии (удалению надпочечника) была осуществлена на 7-ой день после назначения Биобрана. Фактор Лоуренса назначался только единожды.

Операция

Пациенту проводили общую анестезию. Процедура лапаротомии была проведена для удаления левой почки и надпочечника.

Послеоперационный период – химиотерапия

Операция была осуществлена 21 июня 2005 года, а 21 днями позднее, после исследования результатов гистологии, была начата послеоперационная химиотерапия. Принимая во внимание тот факт, что результаты гистологии указывали средний риск, стадия 2, пациент был включен в международное координированное исследование в центре, расположенном в Амстердаме. Путем случайного отбора его поместили в группу, которая получала химиотерапию с самой низкой дозировкой цитостатиков (для предотвращения размножения раковых клеток) в комбинации с двумя лекарствами, Винкристином и Космогеном, вместо стандартной комбинации 3-х лекарств. После 6-ти недель химиотерапии пациент почувствовал боль. Со слов самого ребенка, его состояние было таким, как будто бы боль и не утихала. Значения лейкоцитов в этот период были от 6 до 9 g/L. После оценки клинического состояния пациента, химиотерапия была модифицирована до стандартной комбинации Винкристина, Космогена, Доксорубицина, назначаемого раз в неделю, потом последовали дополнительные инъекции Доксорубицина в течение 6 недель. Результатом сильного подавления иммунитета стало снижение

лейкоцитов от 0 до 0.8 g/L менее чем за 2 недели. Затем химиотерапия была отложена из-за выраженной лейкопении (очень низкого уровня лейкоцитов в крови). Начиная с этого момента, Биобран был добавлен к лечению в дозировках 1000 мг в день (доза рассчитана, исходя из веса ребенка – 15 кг). Во время курса лечения Биобраном общий анализ крови улучшился за счет роста лейкоцитов, что позволило продолжить химиотерапию согласно расписанию. Дозировка Биобрана во время химиотерапии не сокращалась, и, благодаря иммуностимулирующему эффекту препарата, ребенок смог пройти химиотерапию без перерывов либо задержек вследствие лейкопении. Несмотря на незначительное подавление иммунитета во время назначения иммунотерапии и Биобрана, ребенок не страдал от серьезных бактериальных либо вирусных инфекций. Биобран давался пациенту в указанной дозировке в течение 9 месяцев. С очевидным положительным клиническим эффектом. Документированным последующим лабораторными результатами.

Период полного восстановления

После завершения химиотерапии в феврале 2006 года, мальчику давали Биобран в течение 18 месяцев в сокращенных дозировках 500 мг в день. В этот период он был здоров и посещал дошкольное воспитательное учреждение, не страдая от бактериальных либо вирусных инфекций.

Заключение

История болезни онкологического пациента, которому был назначен Биобран во время и после химиотерапии, предоставляет важные клинические доказательства эффективности приема препарата в эти периоды. Иммуностимулирующий эффект Биобранаа, особенно его воздействие на NK-клетки и фактор некроза опухоли, позволил продолжить химиотерапию без задержек из-за лейкопении. Увеличение NK клеток более чем в 100 000 раз привело к увеличение защитных механизмов против действия опухолевых клеток в крови пациента. На основании клинического опыта и результатов лабораторных исследований можно сделать вывод, что комбинация Биобрана и целевой химиотерапии – схема лечения, которая эффективна при терапии солидных опухолей.

Пациентка, возраст 53 года; местонахождение: неизвестно; д-з: карцинома яичника

Есть интересная история комбинирования химиотерапии и Биобрана, результатом которой стало сокращение периода выхода пациентки в клиническую ремиссию до двух месяцев. Чтобы вылечить больную от цистаденомы с помощью одной только химиотерапии, потребовалось бы 3–4 месяца. Пациентке женского пола возраста 53 лет 11 февраля 1993 года диагностировали карциному яичника. Ее клинические симптомы включали опухоль груди и вздутие живота. В результате исследования была диагностирована серозная папиллярная аденокарцинома цист высокой степени с областями недифференциации и патологического митоза клеток. Опухоль распространялась на оба яичника с многочисленными имплантационными метастазами в брюшину. Лимфатические узлы были свободны от опухоли. В исследовании с помощью Цитоспина выявлены злокачественные клетки в перитонеальной жидкости. Пациентка перенесла операцию вслед за курсом химиотерапии, состоящим из цисплатина и 5FU. Одновременно был назначен Биобран в дозировке 3 грамма в день. Прогресс состояния больной подтверждался последовательным снижением CA-125 (опухолевого маркера). Показатель CA-125 после хирургического лечения был 327 U/мл. Значительное уменьшение уровня CA-125 обнаружено через 3 недели после начала лечения биобраном, дальнейшее уменьшение имело место через 6 недель, когда уровень антигена достиг подконтрольного (0-35 U/мл). CA-125 поддерживалось на низком уровне во время последующих исследований; 23 и 18 U/мл через 9 и 12 недель после начала лечения соответственно. Показатели активности NK-клеток у больной были 2.9, 7.4 и 15.2% по E:T коэффициентам 12:1, 25:1 и 50:1 соответственно. Высокая активность NK-клеток продолжала наблюдаться на различных интервалах после комбинированного лечения химиотерапией и Биобраном. Результаты показали значительное увеличение активности NK-клеток в течение 3-х недель с момента начала лечения, которое отмечалось на всех

E:T коэффициентах следующим образом: 6.6% на 12:1, 20.2% на 25:1 и 37.4% на 50:1. Высокий уровень активности NK-клеток поддерживался в течение 1 месяца после лечения, а через 4,5 месяца он увеличился еще больше, а именно: 11.7, 41.1 и 72.6% на 12:1, 25:1 и 50:1 соответственно. Также с помощью проточной цитометрии был подсчитан процент CD56-клеток. Результаты не показали значительного изменения количества NK-клеток после лечения по сравнению с уровнем NK клеток до лечения.

Опухоль лимфоузла

Пациентка О.Т., 75 лет; местонахождение: Япония;

д-з: опухоль лимфоузла

История болезни и лечения

В ноябре 1998 года 75-летняя пациентка из Японии перенесла операцию по удалению левой груди вследствии первичной злокачественной лимфомы. Затем она получала 6-ть циклов гормональной терапии и закончила ее в апреле 1999 года. У пациентки был выявлен локальный рецидив, который обнаружился во время амбулаторного медицинского исследования в июне 1999 г. Опухолевый маркер 15–3 в то время был 85U. Пациентка получала химиотерапию: Мелфалан (4 мг за 4 дня) в течение первой недели, Метотрексат (2,5 мг за 3 дня) в течение второй недели, Прокаилазин (100 мг за 3 дня) в течение третьей недели и Циклофосфамид (50 мг ежедневно) в течение четвертой недели. Параллельно она принимала 3 грамма Биобрана в день. Ощутимые результаты были получены во время первого цикла, в котором опухоль уменьшилась, а уровень CA 15-3 снизился до 45-ти. После второго цикла стало возможным амбулаторное лечение, а пациентка смогла покинуть госпиталь 20 июля 1999 года. В целом, больной было проведено 4 цикла химиотерапии. Опухолевый маркер CA 15–3 постепенно снижался, а затем остался в нормальном диапазоне. Заслуживает внимания тот факт, что пациентка смогла продолжить амбулаторное лечение только с

незначительными неблагоприятными последствиями, несмотря на ее возраст (75). Это считается одним из преимуществ Биобрана. Также это может указывать, что Биобран оказывает синергетический эффект в комбинации с химиотерапией. Еще один интересный аспект: пациентка не теряла аппетит и могла поддерживать свою жизненную энергию во время химиотерапии.

Результаты лечения Биобраном

Необходимо отметить, что пациентка не потеряла аппетит и практически не потеряла сил во время проведения химиотерапии.

Заключение

В данном случае химиотерапия использовалась для того, чтобы предотвратить рецидив рака груди. Биобран был добавлен во избежание причинения вреда иммунной системе, что также помогло бы повысить эффективность химиотерапии. Результат был полностью удовлетворительным. Было также обнаружено, что это может предотвратить снижение активности NK-клеток вследствие назначения 5FU. В данном случае можно предположить, что неблагоприятные последствия химиотерапии были смягчены приемом Биобрана, и пациентка смогла поддерживать физические силы в течение курса лечения.

Герпес

Пациентка R.S., 26 лет; местонахождение: Германия;

д-з: герпес

16/02/2007–02/03/2007: Больная госпитализирована

16/02/2007: Радиология: МРТ черепа.

Клинические симптомы: Пациентка с признаками летаргического энцефалита, выраженная мигрень с аурой.

Оценка причин боли: визуализация признаков левостороннего менингоэнцефалита в мезенцефальной области с проникновением в левую гайморову пазуху. Ишемия коры головного мозга в височной области. Вследствие специфической

локализации, необходимо исключить герпесный энцефалит. Больной было рекомендовано срочно обратиться в отделение неотложной хирургии.

22/02/2007: Подтвержден диагноз герпесного менингоэнцефалита, поражение нервных тканей слева. (A86) Анамнез: Пациентка обратилась в пункт неотложной помощи 12 февраля 2007 года вследствие сильной головной боли, от шеи до темени, продолжающейся 3 дня. 12 февраля 2007 года она отмечала кратковременные выпадения участков зрения. Прерывистое нечеткое зрение сочеталось с другими сопутствующими вегетативными симптомами (такими, как бессонница). Была начата антивирусная терапия Зовираксом внутривенно.

02/03/2007: Начало лечения 3 граммами Биобрана ежедневно в течение восьми недель.

23/04/2007: Оценка состояния после герпесного менингоэнцефалита: повреждено приблизительно 3 см в левой височной области с понижением барьерной фукнции сосудистой мембраны коры головного мозга. Никаких других диффузных нарушений не наблюдалось. Продолжал отмечаться сопутствующий локализованный отек мягкой ткани умеренной степени. Никаких признаков подавления коллатерального кровообращения мозга. Более того, как субтенториально, так и инфратенториально не имеется признаков изменения паренхимы мозга. Медицинское заключение: мелкие повреждения в левой височной области только с умеренной степенью сопутствующего отека. Никакого значимого сдавления структур головного мозга. Никакой ишемии. Никакого внутричерепного кровотечения.

20/06/2007: Диагноз: S/P герпесный менингоэнцефалит слева (A86). Подтвержденные латентные сенсоромоторные гемиплегические левосторонние симптомы (G81.9) Клиническая оценка: при неврологическом исследовании остается обнаружимым S/P герпесный менингоэнцефалит с латентными левосторонними сенсомоторными гемиплегическими симптомами. На повседневную жизнь влияния не оказывается. Никакая дальнейшая терапия не требуется.

Февраль 2008: За исключением небольших проблем с кратковременной памятью, у пациентки отсутствуют жалобы.

Клиническая эффективность Биобрана в иммунотерапии пациентов с гепатитом В

Доктор Тран Ти Мин Пуонг (бывший заместитель декана факультета гастроэнтерологии)

Абстракт: Гепатит В (HBV) – вирусная инфекция, которая является серьезной проблемой ВОЗ и сопровождается разрушительными последствиями с развитием хронического гепатит, цирроза и гепатокарциномы. Наиболее эффективные методы профилактической терапии, такие как программы массовой иммунизации и соблюдение техники безопасности инъекций, необходимы для исключения HBV инфекции и сокращения глобальной заболеваемости и смертности, связанных с HBV. Антивирусная терапия до сих пор является основным лечением, однако она вызывает нежелательные побочные эффекты, а продолжительное традиционное лечение может привести к развитию устойчивости. Кроме того, антивирусные препараты дорого стоят и обходятся больному вплоть до нескольких тысяч долларов в год. Помимо этого, эти лекарства все еще малодоступны во многих странах, особенно в развивающихся. Биобран – препарат для альтернативного лечения, которое можно объединить с традиционным лечением для улучшения исхода заболевания. В приведенных ниже трех историях болезни описаны результаты терапии пациентов с гепатитом В, которых лечили с помощью комбинации традиционной антивирусной терапии и Биобрана. Больным проводились анализы крови для измерения функции печени и иммуногенных потенций, а их результаты сравнивались с клиническими и рентгеновскими исследованиями. В большинстве случаев наблюдались улучшения. По результатам наблюдения были предоставлены некоторые рекомендации для улучшения эффективности лечения.

Ключевые слова: Гепатит В вирусная инфекция, антивирусная терапия, Биобран

Методы: Биобран принимался внутрь, в дозировке 1 пакетик в сутки в комбинации с антивирусными препаратами и пищевыми добавками для поддержания печени. Терапевтическая активность была оценена с помощью измерения уровней энзимов печени, иммунных параметров и ультразвуковых исследований.

Результаты

I. История болезни № 1

(мужчина, 43 года, вирусный гепатит В)

Пациенту диагностировали гепатит В в 2000 году, который сопровождался следующими симптомами: вялость, небольшой жар и темная моча. Он прошел лечение с помощью добавок для поддержания функции печени, антивирусной терапии (Нуклеозид) и Биобрана (1 пакетик в сутки). После 18 месяцев лечения результаты его биохимических анализов улучшились. Результаты тестов и прогресс лечения показаны в таблице 1.

История семьи: у данного пациента есть младший брат, который также имеет HBeAg (+), и которого лечили антивирусными препаратами (Тенофовир) и арабиноксиланом в дозе 1 пакетика в сутки.

Таблица 1: История болезни 1 (мужчина, 43 года, вирусный гепатит В)

Время лечения	Клинический симптом	Биохимические тесты			Ультразвуковое исследование	Тесты по обнаружению вируса			
		AST (U/л)	ALT (U/л)	FP (ng/ml)		HBsAg	HBeAg	Анти Hbc	HBV DNA количество (копии/мл)
11/2007 (перед лечением)	Слабость, Желтая моча, нарушения системы пищеварения	78	84	(-)	Полипы Желчного пузыря Пузырный проток: 1.1мм; Гиперэхогенная структура	(+)	(-)	(+)	6.91x106
1 месяц лечения		42	60						
2-ой месяц лечения		30	36						
6-ой месяц лечения		30	28						2.8x104
12-тый месяц лечения		32	30						1.84x102
15-ый месяц лечения		Норма	Норма						
3/4/2010		26.7	24.3	(-)	Небольшие полипы желчного пузыря		(-)		Не обнаружено
5/7/2010		26	18	(-)					

II. <u>История болезни №2</u>

(юноша 17-ти лет и его младший брат 15-ти лет)

В феврале 2004 года эти пациенты были представлены специалистам с симптомами вялости, потери веса и потери аппетита, им был диагностирован вирус гепатита В.

История семьи: у матери также был HBsAg (+)

– Лабораторные тесты перед лечением:

17 летний пациент	**15 летний пациент**
– Биохимические тесты: AST: 210 (Ul/л); ALT: 180 (Ul/л), αFP (-)	– Биохимические тесты: AST: 230 (Ul/l); ALT: 210 (Ul/l), αFP (-)
– HBeAg (+), HBeAg (+), Anti Hbe (-)	– HBeAg (+), HBeAg (+), Anti Hbe (-)
– HBV DNA качественный анализ (+++)	– HBV DNA качественный анализ (+++)
– Ультразвуковое исследование: увеличенная селезенка с гиперэхогенной структурой: 2 см ниже реберной дуги	– Ультразвуковое исследование: увеличенная селезенка с гиперэхогенной структурой: 1 см ниже реберной дуги

+ Лечение: добавка для поддержки печени, вирусный ингибитор (Ламивудин 1 таблетка в сутки), и Биобран (1 пакетик в сутки).

– Лабораторные тесты через 6 месяцев после лечения:

17 летний пациент	**15 летний пациент**
– Энзимы печени: AST: 80 (Ul/l); ALT: 42 (Ul/l)	– Энзимы печени: AST: 78 (Ul/l) ; ALT: 46(Ul/l)
– HBeAg (+)	– HBeAg (+)
– HBV DNA качественный анализ: (+)	– HBV DNA качественный анализ: (+)
– Ультразвуковое исследование: гиперэхогенная структура, спленомегалия	– Ультразвуковое исследование: гиперэхогенная структура, спленомегалия

+ Продолжающееся лечение: добавка для поддержки печени, вирусный ингибитор (Ламивудин 1 таблетка в сутки), и Биобран (1 пакетик в сутки).

– Лабораторные тесты через 12 месяцев после лечения:

17 летний пациент	**15 летний пациент**
– Энзимы печени: AST: 28 (UI/л); ALT: 40 (UI/л) – HBeAg (+) – HBV DNA качественный анализ: (+) – Ультразвуковое исследование: гиперэхогенная структура, спленомегалия	– Энзимы печени: AST: 30 (UI/л); ALT: 42 (UI/л) – HBeAg (+) – HBV DNA качественный анализ: (+) – Ультразвуковое исследование: гиперэхогенная структура, спленомегалия

+ Продолжающееся лечение: добавка для поддержки печени, вирусный ингибитор (Ламивудин 1 таблетка в сутки), и Биобран (1 пакетик в сутки).

– Лабораторные тесты через 24 месяца лечения:

17 летний пациент	**15 летний пациент**
– Энзимы печени: AST: 30 (UI/л); ALT: 26 (UI/л) – HBeAg (+) – HBV DNA качественный анализ (+) – Ультразвуковое исследование: спленомегалия, 1 см ниже реберной дуги	– Энзимы печени: AST: 28 (UI/л); ALT: 24(UI/л) – HBeAg (-) – HBV DNA качественный анализ (?) – Ультразвуковое исследование: нормальная селезенка

+ Лечение лекарствами прекращено, продолжается только лечение фитопрепаратом на основе растения Чанка Пиедра.

– Февраль 2010:

17 летний пациент	**15 летний пациент**
Потеря веса, потеря аппетита – Энзимы печени: AST: 40 (UI/л); ALT: 86 (UI/л) – HBeAg (+), HBeAg количество: 152.800 UI/л – HBV DNA количество: 106 копий/мл – Ультразвуковое исследование: гиперэхогенная структура, спленомегалия, селезенка ниже реберной дуги	– Энзимы печени: AST: 28 (UI/л); ALT: 20(UI/л)

Лечение: терапия по сокращению продукции энзимов печени, вирусный ингибитор (Энтекавир 0.5г/24ч), Биобран (1 пакетик в сутки).

Отмена всех медикаментов

– 8/7/2010:

17 летний пациент	**15 летний пациент**
– Энзимы печени: AST: 32 (UI/l); ALT: 30 (UI/l) – HBeAg (-) – HBV DNA количество: 104 копии/мл – Ультразвуковой тест: спленомегалия ниже реберной дуги	– Энзимы печени: AST: 26 (UI/l); ALT: 18 (UI/l) – HBeAg (-) – HBV DNA количество: не обнаружено – HBeAg качественный анализ: (-) – Ультразвуковое исследование: норма – Индикация для HBV иммунизации

– Пациенты продолжили лечение фитопрепаратом (Чанка Пиедра) на протяжении 6 лет лечения.

III. <u>История болезни №3</u>

(женщина, 23 года, вирусный гепатит В)

Пациентке диагностировали гепатит В через месяц после рождения ею ребенка, что выражалось в симптомах слабости и потери аппетита. У нее также был брат с HBsAg (+). Она прошла лечения биодобавками, поддерживающими печень, а также Биобраном 1000 в дозировке 1 пакетик в день и продолжила кормление грудью. Результаты тестов и прогресс лечения показаны в таблице 2.

Выводы и рекомендации

Безопасность Биобрана очевидна, так как он производится из рисовых отрубей. Проводимые клинические исследования подтверждают безопасность использования препарата. Биобран применялся в качестве иммуномодулятора для предотвращения упадка сил и снижения аппетита. Пациенты

Таблица 2: Случай 3 (женщина, 23 года, вирус гепатита B)

Время лечения	Клинические симптомы	Биохимические тесты			Ультразвуковое исследование	Тесты по обнаружению вируса			
		AST (U/л)	ALT (U/л)	FP (нг/мл)		HBsAg	HBeAg	Анти Hbc	HBV DNA Кол-во (копии/мл)
3/2006 (Перед лечением)	Слабость, Потеря аппетита	100	120	(-)	Гиперэхогенная структура	(+)	(+)	(-)	105
2-ой месяц лечения		60	38						
12/2006 9-ый месяц лечения		32	28				(-)	(+)	
5/2007 14 месяц лечения		Норма	Норма				(-)		103
9/2009		Норма	Норма				(-)	(+)	Не обнаружено

также утверждали: «Когда я его принимаю, я чувствую себя лучше».

Комбинация Биобрана и антивирусных препаратов окажет максимальный эффект на пациентов с гепатитом B, которые попадают под следующие критерии:

- Пациенты с высокими уровнями энзимов печени и количеством HBV DNA.
- Пациенты, не нарущающие графики лечения.

Лечение более эффективно для HBV пациентов с HBeAg (+). Гораздо тяжелее лечить HBV пациентов с HBeAg (-); им необходим прием до двух пакетиков в день.

Пациент H.Y., 45 лет; д-з: гепатит С

История заболеваний и лечений

В 1999 году у пациента были обнаружены уровни AST и ALT более 100 в процессе ежегодного медицинского обследования. Он прошел полную медицинскую проверку и ему диагностировали гепатит С. Больной жаловался на значительную вялость и упадок сил. Ему рекомендовали лечение интерфероном, но он отказался, побоявшись побочных эффектов. Регулярные инъекции с более сильным Нео-Минофагеном (инъекционная форма препарата на основе солодки) были единственным альтернативным лечением, которое он получал. В течение 6 месяцев уровень энзимов печени постепенно увеличивался. AST увеличился до 215 а ALT до 408, и он решил попробовать лечение интерфероном. Перед началом приема интерферона больному давали Биобран в дозировке 3 грамма в день. Его также посадили на овощную диету в течение месяца, пытаясь повысить иммунитет. Через месяц после лечения Биобраном уровни AST и ALT были 20 и 28 соответственно, таким образом, терапия интерфероном была отменена. Он продолжает принимать Биобран в дозировке 3 грамма в день, AST и ALT уровни поддерживаются в пределах нормальных значений.

Заключение

Вначале лечение было неэффективным, в частности потому, что у пациента были вредные привычки: курил, выпивал. С тех пор, как он бросил курить и пить, переключился на овощную диету, биобран показал значительный и быстрый эффект. Иммуностимулирующий (активация NK-клеток и производства интерферона) и защищающий печень эффекты биобрана повлекли за собой сокращение количества вируса и снижение воспаления печени.

Пациентка Т.К., 66 лет; местонахождение: Япония;

д-з: гепатит С

История заболевания и лечения

В 1990 году пациентке диагностировали гепатит С, но специфических симптомов не наблюдалось. В июле 1995 года проверка здоровья выявила аномалии в печени. Больная прошла полное медицинское обследование в госпитале общего типа, в процессе которой было выявлено трехсантиметровое раковое поражение печени. Режим лечения включал инфузии этанола в пораженную область. Пациентке давали Биобран в дозировке 3 грамма в день, чтобы сократить побочный эффект этаноловой терапии и защитить печень. Этаноловую терапию повторяли 7 раз, а побочные эффекты, такие как лихорадка, тошнота и анорексия, были незначительными. AFP значение сократилось с 602.5 до 7.2, поэтому пациентку выписали в последний день сентября. Хотя AST и ALT значения были 60 и 85 соответственно, исследование в феврале 1996 года показало, что область, которую лечили этанолом, была некротизирована, опухоль полностью исчезла, а функция печени нормализовалась.

Результаты действия биобрана

В течение 3 дней лечения Биобраном пациентка начала лучше себя чувствовать и ее аппетит также улучшился. Она чувствовала, что ее улучшившееся физическое состояние поможет ей перенести этаноловую терапию и пожелала полностью восстановить здоровье.

Заключение

Терапия этанолом осуществляется для уплотнения опухоли и предотвращения ее дальнейшего роста, но данный вид лечения может спровоцировать воспаление и боль в окружающих тканях. Иммуностимулирующий и защищающий печень эффекты арабиноксилана уменьшили побочные эффекты терапии этанолом и повысили его эффективность.

Пациент Т.М., 60 лет; местонахождение: Япония;

д-з: гепатит С

История болезни и лечения

Пациент ощутил плохое самочувствие и слабость в нижних конечностях в апреле 1996 года. Эти симптомы продолжались, и он посетил госпиталь в сентябре для прохождения полного медицинского обследования. Уровни AST и ALT пациента были около 400, и ему диагностировали вирусный гепатит С. Больной не работал, лечился диетой и стал получать лечение интерфероном в июне 1997 года. В это время AST и ALT уровни были между 180 и 190. Вместе с интерфероном пациент принимал Биобран в дозировке 3 грамма в день. Он оставался в госпитале в течение первых двух недель лечения интерфероном. В этот период наблюдались побочные эффекты, а также температура 39^0 или более. Его лечили интерфероном в течение полугода с конца декабря, он посещал госпиталь в течение трех раз в неделю. Никаких побочных эффектов и лихорадок не возникало во время данного курса, за исключением редким вспышек плохого самочувствия, связанных с инъекциями интерферона. AST и ALT значения были в пределах нормы. Исследования в январе и мае 1998 года не выявили вирусных инфекций и показали полную ремиссию. Теперь он принимает Биобран в дозировке 2 грамма в день для предотвращения рецидива.

Результаты лечения Биобраном

Считается, что интерферон провоцирует возникновение сильных побочных эффектов, таких как лихорадка, анорексия и температура. Однако у пациента серьезных побочных эффектов не было.

Пациентка, 44 года, местонахождение: Россия, г. Самара;

д-з: гепатит С

История болезни и лечения

Поступила в отделение 29.09.2014 г. с диагнозом: хронический вирусный гепатит С, слабой степени активности. В анамнезе донорство, переливание крови в 2001 году, антитела к HCV выявлены случайно в 2012 году.

При поступлении пациентку беспокоили слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в правом подреберье, тошнота, горечь во рту. Объективно отмечалась незначительная гепатомегалия (размеры печени по Курлову 11х9х8 см), повышение плотности печени.

В биохимическом анализе крови отмечались: синдром цитолиза (АЛТ = 111,8 ед.,

АСТ = 49 ед.), уровень общего билирубина 4,9 мкмоль/л, а также наблюдалась умеренная активация процессов ПОЛ (уровень МДА был повышен до 6,7 мкмоль/л).

Из маркеров вирусного гепатита были выявлены положительные суммарные антитела к ВГС, к структурным и неструктурным белкам, при положительной ПЦР HCV РНК.

По УЗИ отмечалось повышение эхогенности печени. В биоптате печеночной ткани – слабой степени лимфомоноцитарная инфильтрация портальных трактов, лобулярные некрозы гепатоцитов, портальные тракты расширены преимущественно за счет фиброза, а также гидропическая дистрофия слабой и умеренной степени выраженности. Выявлена слабая степень активности (7 баллов), 1 стадия хронизации.

Больному предложена интерферонотепия Пегитрон и Рибавирин по стандартной схеме. На 5 день лечения пациент отказался от лечения в виду диспепсического синдромы в виде рвоты, тошноты, диареи, выраженности астенического синдрома. Пациенту в качестве суплиментарного лечения назначен Биобран по 1,0 в день. Курс составил 3 мес. Уже на 3 день приема Биобрана больному была продолжена основная терапия (Рибавирин и Пегинтрон). Больной отметил

значительное улучшение, исчезли такие симптомы как тошнота, рвота, астения. В крови: уменьшение активности АЛТ до 44,2 ед., уровень АСТ нормализовался (24 ед.).

Через 2 месяца терапии уровень аминотрансфераз полностью нормализовался, уровень МДА также пришел к норме (3,4 мкмоль/л). Через 3 месяца ПЦР HCV РНК отрицательная. К концу лечения биохимические показатели оставались в пределах нормы, HCV РНК не выявлялась, ультразвуковая картина печени нормализовалась.

От динамической пункционной биопсии печени пациентка отказалась.

Пациент N.M., 48 лет; местонахождение: Япония;

д-з: хронический невирусный гепатит

История болезни и лечения

В начале марта 1996 года пациент почувствовал необычную сонливость и ему в поликлинике Н диагностировали хронический гепатит (невирусный) и ранний диабет. Пациент обратился в клинику 30 марта 1996 года. После отдыха и внутривенного вливания Минофагена С, его функция печени временно стабилизировалась, и он смог покинуть клинику через месяц. Затем пациент отмечал периодическое ухудшение функции печени, несмотря на продолжающееся лечение Минофагеном С. Он страдал от хронического гепатита до начала марта 1997 года. В марте больной начал принимать 3 грамма Биобрана в день (дозировка 1 грамм на прием). Уровень функции печени увеличился, в то время как уровни энзимов печени постепенно уменьшались, достигнув минимальных значений через 1 месяц. Таким образом, уровни AST и ALT пациента вернулись к норме через 1 месяц. На данный момент функция печени у пациента нормализовалось и он не испытывает никаких проблем, связанных со здоровьем.

Результаты лечения Биобраном

Жизненные силы больного увеличились после назначения Биобрана, его слабость (особенно по вечерам) постепенно ушла. Больной смог нормально спать и просыпаться, к нему вернулся хороший аппетит, и он почувствовал себя здоровым.

Заключение

Как видно из приведенного ниже графика, AST и ALT уровни временно увеличились после назначения Биобрана перед тем, как постепенно снизиться и прийти к норме. Эти результаты позволяют предположить, что Биобран защитил печень пациента, и ее иммуностимулирующая активность стала эффективней.

Пациент Т.Т., 55 лет; местонахождение: Япония; д-з: диабет

История болезни и лечения

Пациенту диагностировали инсулинозависимый сахарный диабет в 1994 году. Его уровень сахара в крови поддерживался на уровне 157~160 мг/дл с помощью приема 12 граммов инсулина в день. После того, как пациент начал принимать 3 грамма Биобрана в день, он смог сократить дозировку инсулина до 6-ти граммов.

Результаты лечения Биобраном

На пятый день лечения Биобраном у пациента была отмечена гипогликемия, поэтому дозировка инсулина была сокращена до 10 граммов. На шестой день у пациента снова снизился сахар ниже нормы, и дозировка инсулина была сокращена до 8 граммов Третий случай гипогликемии произошел на 25-ый день, и дозировка инсулина была сокращена до 6 граммов. С тех пор были рецидивы гипогликемии. Теперь пациент чувствует себя излеченным от диабета и заявляет о том, что его жизнь стоит того, чтобы ее прожить снова.

Пациент K.N., 66 лет; местонахождение: Япония; д-з: диабет

История заболеваний и лечений

В июне 1993 года пациент обнаружил, что ему приходится несколько раз вставать по ночам, чтобы помочиться, а также часто пить воду, чтобы утолить постоянную жажду. Он поехал в госпиталь на исследование, и ему диагностировали диабет. Уровень сахара в его крови был 320 мг/дл. В сентябре того же года его госпитализировали и он начал получать лечение. Уровень сахара в крови ни снижался до марта 1994 года, когда его выписали, потому что у него развилась гепатопатия – возможное осложнение диабета. Он продолжил лечение инъекциями инсулина и визиты в госпиталь, но слабость не исчезла. Он также страдал от редких астматических атак и стал чувствовать себя хуже. В этот момент он начал принимать Биобран в дозировке 3 грамма ежедневно. В мае, через два месяца после начала приема Биобрана, уровень сахара в крови больного снизился до 110 мг/дл, а инсулин больше не был необходим. Симптомы астмы также начали уменьшаться, у него не было астматических атак с осени 1994 года до весны 1995. Сейчас он чувствует себя лучше и работает каждый день. Он все еще принимает 1 грамм Биобрана в день для поддержания здоровья.

Результаты лечения Биобраном

Через семь дней после начала приема Биобрана плохое самочувствие больного улучшилось, и он стал отмечать комфорт во сне и при пробуждении. Симптомы астмы также уменьшились, а чувство сдавливания в горле исчезло.

Пациент Y.E., 58 лет; местонахождение: Япония; д-з: диабет

История болезни и лечения

В середине ноября 1996 года пациент поехал в ближайший госпиталь и был госпитализирован с аномальной слабостью. Его уровень сахара в крови был 300 мг/дл, а уровень гликогемоглобина (HbA1c) – 9.8, и ему диагностировали диабет. У него также отмечались осложнения вследствие диабета. Больной знал, что ел слишком много конфет с начала лета, но он поддавался своей слабости. В течение следующего месяца его посадили на строгую диету и лечебную физкультуру (1 час быстрой ходьбы), но это лечение не было успешным. Так как ему сказали, что другого выбора кроме лечения инсулином у него нет, он поехал в госпиталь «K» для получения дополнительного лечения. Там ему порекомендовали принимать Биобран в дозировке 3 грамма в день в дополнение к традиционному лечению с помощью диеты и упражнений. Через месяц после начала лечения MGN-3 уровень сахара в крови снизился до 98 мг/дл, а уровень гликогемоглобина до 7,2. Сейчас он принимает Биобран в дозировке 1 грамм в день.

Результаты лечения Биобраном

Больной начал чувствовать повышение сил через 7 дней после начала лечения Биобраном. Он больше не хотел есть конфеты, а онемение его конечностей уменьшалось день ото дня.