

Для поддержания ремиссии заболевания пациенты с ММ после проведения ВХТ с двойной ауто-ТГСК нуждаются в длительной терапии α -интерфероном в дозе 3 млн МЕ 3 раза в неделю подкожно длительно или до развития рецидива. В группе пациентов, получавших α -интерферон, частота ремиссий статистически значимо выше ($p < 0,05$), а частота рецидивов статистически значимо ниже ($p < 0,05$) по сравнению с группой пациентов, при лечении которых α -интерферон не использовался.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Андреева, Н. Е. Множественная миелома: прошлое, настоящее, будущее / Н. Е. Андреева // Гематология и трансфузиология. — 1998. — № 3. — С. 4–10.
2. Алкеран, лейкеран, милеран, 6-меркаптопурин, тиогуанин, веллферон, зовиракс в онкологической практике / М. А. Волкова [и др.]; под ред. М. А. Волковой. — М.: Полигран, 1994. — 96 с.
3. Early mortality after diagnosis of multiple myeloma: analysis of patients entered onto the United Kingdom Medical Research Council Trials between 1980 and 2002 / B. M. Augustson [et al.] // J. Clin. Oncol. — 2005. — Vol. 23. — P. 9219–9226.
4. MacLennan, I. C. Objective evaluation of the role of vincristine in induction and maintenance therapy for myelomatosis. Medical Research Council Working Party on Leukaemia in Adults / I. C. MacLennan, J. Cusick, Br. J. Cancer. — 1985. — Vol. 52, № 2. — P. 153–158.

УДК 616.5-08+616.72-002

АУТОФИБРОНЕКТИН-ТРОМБОЦИТАРНЫЙ КОНЦЕНТРАТ (АФТК) В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМИ ВАСКУЛИТАМИ И РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

**З. К. Карабудагова, С. А. Васильев, В. Л. Виноградов,
А. А. Козлов, Е. Е. Ефремов, Г. Ю. Белинин**

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
гематологический научный центр Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации, г. Москва**

Для повышения эффективности терапии трофических расстройств кожных покровов (эрозий и язв) нами разработан новый метод лечения с применением аутофибронектин-тромбоцитарного концентрата (АФТК). Метод основан на том, что обогащенную тромбоцитами аутоплазму пациента инкубируют на холоду с нефракционированным гепарином. АФТК используется для местного лечения трофических эрозий и язв кожи. При геморрагических васкулитах и ревматоидном артрите АФТК-эффективность заживления эрозивных поражений кожи составляет 100%; заживление трофических язв кожи отмечается в 93% случаев.

Ключевые слова: плазменный фибронектин, ростовой фактор тромбоцитов, тромбоциты, аутофибронектин-тромбоцитарный концентрат, трофические поражения кожи, геморрагический васкулит, ревматоидный артрит.

AUTOFIBRONEKTIN-THROMBOCYTE CONCENTRATE IN THE TREATMENT FOR TROPHIC SKIN LESIONS IN PATIENTS WITH ACUTE VASCULAR PURPURA AND ATROPHIC ARTHRITIS

**Z. K. Karabudagova, S. A. Vasiliev, V. L. Vinogradov,
A. A. Kozlov, E. E. Yefremov, G. Yu. Belinin**

**Federal State Budget Institution Hematological Research Centre of
Ministry of Public Health and Social Development of the Russian Federation, Moscow**

To increase the efficacy of the therapy of trophic skin lesions (erosions, sores), we have developed a new treatment method with the application of autofibronektin-thrombocyte concentrate (AFTC). The method lies in the fact that a patient's thrombocyte-enriched autoplasm is cold incubated with non-fractional heparin. AFTC is used for local treatment for trophic skin erosions and sores. AFTC-efficacy of skin erosions healing makes up 100% in acute vascular purpura and atrophic arthritis, the healing of skin sores is observed in 93% cases.

Key words: plasmic fibronektin, thrombocyte growth factor, thrombocyte, autofibronektin-thrombocyte concentrate (AFTC), trophic skin lesions, acute vascular purpura, atrophic arthritis.

Введение

Лечение трофических поражений кожных покровов и соединительных тканей при геморрагических васкулитах и ревматоидном артрите является в настоящее время актуальной проблемой. Одними из важнейших естественных репарантов организма человека (факторов

заживления трофических повреждений органов и тканей) являются плазменный фибронектин и ростовые факторы тромбоцитов [1]. Клиническая эффективность плазменного фибронектина при лечении эрозивных и язвенных поражений кожи впервые была показана в работах С. А. Васильева и соавт. [2].

Цель исследования

Разработка метода лечения трофических поражений кожных покровов с применением АФТК у пациентов с геморрагическим васкулитом и ревматоидным артритом.

Материалы и методы исследования

Исследовалась плазма крови и тромбоциты пациентов с геморрагическими васкулитами и ревматоидным артритом. При помощи методов иммуноферментного анализа (ELISA) определяли концентрацию плазменного фибронектина, фибриногена, ростового фактора тромбоцитов. Уровень фактора Виллебранда оценивали по ристоцетин-кофакторной активности.

Обследовано 18 больных: 12 пациентов с геморрагическими васкулитами (5 мужчин и 7 женщин в возрасте от 17 до 46 лет) и 6 больных ревматоидным артритом (2-е мужчин и 4 женщины в возрасте от 20 до 38 лет).

Плазму пациентов, обогащенную тромбоцитами, для выделения АФТК получали при помощи метода прерывистого плазмафереза.

Результаты исследования и их обсуждение

Для повышения эффективности терапии трофических расстройств кожных покровов (эрозий и язв) нами разработан новый метод лечения с применением АФТК. Метод заключается в том, что обогащенную тромбоцитами аутоплазму пациента инкубируют на холоду с нефракционированным гепарином; полученный преципитат отделяют центрифугированием и затем ресуспендируют в растворе стерильного гидрокарбоната натрия. Полученную среду наносят на область трофического поражения от 2 до 4-х раз в день. По нашим данным, АФТК содержит большое количество плазменного фибронектина (1,5–2 мг/мл), фибриногена (0,7–1,1 г/л), фактора Виллебранда (45–59 %), тромбоцитарного фактора роста (53–61 %) и тромбоцитов (250–340 тыс. в мкл).

Нами впервые проведено клиническое исследование с применением АФТК — местное лечение трофических эрозий и язв кожных покровов, преимущественно, дистальных областей нижних конечностей у пациентов с геморрагическими васкулитами и ревматоидным артритом. Длительность трофических поражений кожных покровов составляла у пациентов от 1 до

4 мес. Традиционная терапия трофических расстройств была малоэффективна.

Первоначально пораженную поверхность обрабатывали 3 %-ной перекисью водорода, затем на область поражения наносили АФТК и давали ему подсохнуть в течение 10–15 мин. Область трофического поражения после каждого нанесения АФТК закрывали легкой марлевой повязкой.

Эффективность заживления эрозивных поражений кожи составила 100 %; заживление трофических язв кожи отмечено в 93 % случаев. Трудности заживления отмечались у больных с язвами более чем 3-х-месячной давности. Сроки рубцевания и полной репарации язвенных дефектов кожных покровов отмечались через 8–12 суток. Лечение АФТК хорошо переносится пациентами, общих и местных негативных реакций не отмечено. Наблюдение за пациентами в течение 6 мес. — 2-х лет показало, что процесс репарации носит стабильный характер: ни у одного больного рецидивов трофических язв и эрозий не наблюдалось.

Заключение

Таким образом, нами разработан новый метод местного лечения трофических поражений кожных покровов (эрозий и язв) с применением АФТК. АФТК содержит большое количество плазменного фибронектина, фибриногена, фактора Виллебранда, ростового фактора тромбоцитов и тромбоцитов. АФТК обладает высоким стимулирующим репаративным потенциалом и приводит к 100 % заживлению эрозий и 93 % заживлению трофических язв кожных покровов в короткие сроки его применения. АФТК хорошо переносится пациентами, местных и общих реакций не отмечается. Мы рекомендуем использовать АФТК для местного лечения эрозивных и язвенных поражений кожных покровов у пациентов с геморрагическими васкулитами и ревматоидным артритом.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Плазменный гепариновый преципитат как источник фибронектина для лечения больных с трофическими поражениями кожи / С. А. Васильев [и др.] // Терапевтический архив. — 1987. — № 6. — С. 127–130.
2. Клиническая эффективность аутофибронектина, полученного методом гепаринокриопреципитации у больных с трофическими поражениями кожи / С. А. Васильев [и др.] // Терапевтический архив. — 1991. — № 11. — С. 82–85.

УДК 616.419-006.448

АБЕРРАНТНОСТЬ ИММУНОФЕНОТИПА КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА ПРИ ПЕРВИЧНЫХ МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКИХ СИНДРОМАХ

Н. Н. Климкович¹, Т. И. Козарезова¹, В. В. Смольникова²,
Л. В. Колбаско², Д. И. Суворов³, И. А. Искров³

¹Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

²9-я городская клиническая больница, г. Минск

³Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, г. Гомель

Метод иммунофенотипирования позволяет определять и разграничивать специфические клеточные антигенные детерминанты, что дает возможность установления критериев распознавания морфологически недифференцируемых нормальных и патологических клеток. При миелодиспластических синдромах лейкозный