

В результате молекулярно-генетического анализа у 12 пациентов были выявлены 3 различных типа клинически значимых мутаций. В 9 случаях в образцах ДНК присутствовала мутация с.7541delCT, в двух случаях — мутация с.7501C>T и в одном случае — с.7363del13. Проведенный статистический анализ установил значимую корреляцию между наличием мутаций гена NOTCH1 и уровнем β 2-микроглобулина в крови (коэффициент бисериальной корреляции 0,82, $p < 0,001$), а также между наличием мутаций NOTCH1 и содержанием тимидинкиназы (коэффициент бисериальной корреляции 0,74, $p < 0,001$).

Несмотря на то, что различие в частоте мутаций NOTCH1 между группами 1 и 2 не было статистически значимым (10,2 и 15,2 %, соответственно ($p = 0,502$)), в группе 1 пациенты с мутациями NOTCH1 имели статистически значимо больший уровень β 2-микроглобулина в крови (2,4 мкг/л) в сравнении с пациентами без мутаций (1,8 мкг/л) ($p = 0,006$), а также большее содержание тимидинкиназы (6,2 и 4 МЕ/л, соответственно ($p = 0,025$)).

В группе 1 среди пациентов с мутациями NOTCH1 прогрессия отмечалась в 40 % случаев, а среди пациентов без данной мутации — в 11,4 % случаев (статистическая значимость на уровне тенденции $p = 0,083$, критерий хи-квадрат). При этом значимых различий по продолжительности беспрогрессивной выживаемости между пациентами с наличием мутаций NOTCH1 ($n = 12$) и без мутаций ($n = 95$) в общей и отдельных группах обнаружено не было ($p = 0,414$ Логранговый тест), однако следует отметить, что после двух лет от момента постановки диагноза ХЛЛ наблюдается более резкое сокращение времени до прогрессии именно у пациентов с мутацией NOTCH1.

Заключение

Исследование показало, что определенной прогностической значимостью обладают такие маркеры, как ЛДГ, β 2-микроглобулин, тимидинкиназа, ТРА, ZAP70, что подтвердилось сопоставлением их уровней у пациентов с прогрессией ХЛЛ и без нее. Также с наличием вышеуказанных маркеров сопоставимы данные по наличию мутации гена NOTCH1, что свидетельствует о перспективности изучения данного маркера в качестве дополнительного фактора прогноза течения ХЛЛ. Знание надежных прогностических маркеров может позволить своевременно начинать лечение или корректировать терапию пациентов с ХЛЛ высокого риска с вероятным увеличением их продолжительности жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Свирновский, А.И. Прогнозирование при хроническом лимфоцитарном лейкозе на этапе разработки новых методов терапии и интенсивного развития представлений о биологии заболевания / А. И. Свирновский // Медицинские новости. — 2012. — № 11 (218). — С. 6–12.
2. Современная лекарственная терапия и прогностические факторы при хроническом лимфолейкозе. Обзор литературы и собственные данные / Е. А. Стадник [и др.] // Бюллетень сибирской медицины. — 2008. — № 3. — С. 42–52.
3. Clinical implications of the molecular genetics of chronic lymphocytic leukemia / R. Foà [et al.] // Haematologica. — 2013. — Vol. 98, № 5. — P. 675–685.
4. NOTCH1, SF3B1, BIRC3 AND TP53 mutations in chronic lymphocytic leukemia patients undergoing first-line treatment: correlation with biological parameters and response to treatment / S. Chiaretti [et al.] // Leukemia & Lymphoma. — 2014. — Vol. 55, № 12. — P. 2785–2792.
5. Rai, K. R. Chronic lymphocytic leukemia — Then and now / K. R. Rai, P. Jain // American Journal of Hematology. — 2016. — Vol. 91, № 3. — P. 330–340.

УДК 616.98-022.7:579

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ РОЖИ И ЧАСТОТЫ ЕЕ РЕЦИДИВОВ

Красавцев Е. Л., Свентицкая А. Л.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Рожа является вариантом стрептококковой инфекции, характеризующимся особой склонностью к частому рецидивированию [1]. По распространенности в современной струк-

туре инфекционной патологии рожа занимает 4-е место — после острых респираторных и кишечных инфекций, вирусных гепатитов; особенно часто регистрируется в старших возрастных группах. Примерно $\frac{1}{3}$ составляют пациенты, страдающие рецидивирующей рожой.

Общие закономерности развития болезни при первичной и рецидивирующей рожой отличаются друг от друга и могут быть представлены двумя вариантами: первичная рожа и единичные рецидивы протекают по типу острой стрептококковой инфекции с быстрой элиминацией возбудителя; рецидивирующая рожа во многом имеет характер хронического заболевания с очагом «тлеющей» инфекции и сопровождается длительной персистенцией стрептококкового антигена (в том числе и антигена L-форм), как в свободном состоянии, так и в составе иммунных комплексов [2].

Одним из основных аспектов проблемы рожи, как стрептококковой инфекции является тенденция болезни к хронически-рецидивирующему течению (в 25–35 % всех случаев). Рецидивы при рожой могут быть поздние (возникающие спустя год и более после предыдущего эпизода рожи с той же локализацией местного воспалительного процесса), сезонные (возникают ежегодно на протяжении многих лет, чаще всего в летне-осенний период) [3]. Поздние и сезонные рецидивы болезни, являясь обычно результатом реинфекции, по клиническому течению не отличаются от типичной первичной рожи, хотя и могут протекать на фоне стойкого лимфостаза.

В настоящее время рожа характеризуется спорадической заболеваемостью и низкой контагиозностью. В эпидемиологии рожи важное значение уделяется наличию общей и местной предрасположенности организма к заболеванию. Клинически это проявляется многократными рецидивами болезни у отдельных лиц, а местный процесс имеет одну и ту же локализацию.

Цель

Изучить структуру, локализацию, форму, кратность возникновения рожи у пациентов различного возраста в период с 2010–2017 гг.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ, объектом которого явились пациенты учреждения «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» (ГОИКБ) с выставленным основным диагнозом «Рожа». В исследовании принял участие 1591 пациент в возрасте от 18 до 93 лет. Критериями исключения из исследования стало наличие пациентов в возрасте до 18 лет, а также случаи рожи у женщин после мастэктомии (исследования подтверждают, что в большинстве случаев рожа верхних конечностей возникала на фоне послеоперационного лимфостаза в связи с операцией мастэктомии по поводу опухолей грудной железы [4]).

Статистическую обработку полученных результатов производили при помощи пакета прикладной программы «Excel 2010» (MS Office), программы «Statistica» 10.0. В ходе исследования были вычислены статистические критерии (экстенсивный показатель, средняя арифметическая и его квадратичное отклонение ($M \pm \sigma$), параметрический показатель t-критерий Стьюдента и непараметрический — критерий χ^2). Для всех видов анализа статистически достоверными считали значения при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст мужчин составил $54,5 \pm 0,6$ лет, $M_0 = 55$, женщин — $62,4 \pm 0,4$ лет, $M_0 = 55$ ($p < 0,05$). За весь исследуемый период в возрасте до 40 лет было выявлено 179 пациентов (11,3 % от общего количества исследуемых) — 119 (66,5 %) мужчин и 60 (33,5 %) женщин; после 40 лет — 1412 пациентов (88,7 % от общего количества исследуемых), из них — 483 (34,2 %) мужчины и 929 (65,8 %) женщин. При сравнении мужчин и женщин до 40 лет и после 40 лет, данные достоверны ($\chi^2 = 8,3$, $p \leq 0,001$).

Для сравнения отличий возраста мужчин и женщин, исследуемый промежуток времени разделили на 2 периода: первый — с 2010 по 2013 гг., второй — с 2014 по 2017 гг.

Число пациентов в первый исследуемый период составило 1007, из них: мужчин — 378 (37,5 %), женщин — 629 (62,5 %). Количество пациентов от 18 до 40 лет — 119 (11,8 %), от 41 до 60 лет — 443 (44 %), от 61 до 80 лет — 361 (35,9 %), старше 81 года — 84 (8,3 %).

Во второй исследуемый период, число пациентов составило 584, количество мужчин — 224 (38,4 %), женщин — 360 (61,6 %). Количество пациентов от 18 до 40 лет — 60 (10,3 %), от 41 до 60 лет — 238 (40,7 %), от 61 до 80 лет — 241 (41,3 %), старше 81 года — 45 (7,7 %).

Данные при сравнении количества пациентов в период с 2010 по 2013 гг. и с 2014 по 2017 гг. до 40 и после 40 лет оказались достоверны ($\chi^2 = 6,82$ и $\chi^2 = 4,62$, при $p \leq 0,001$, соответственно).

При анализе рецидивов заболевания был выбран период времени с 2010 по 2015 гг., т. к. рецидивирующая форма рожи возникает в период от нескольких дней до 2 лет после предыдущего заболевания [5]. По кратности возникновения заболевания структура пациентов представлена следующим образом: первичная рожа — 1286 (93,8 %) пациента, из них 483 мужчины и 803 женщины; повторная — 49 (3,1 %) пациентов, из них 16 мужчин и 33 женщины; рецидивирующая — 98 (6,1 %) пациентов, из них 35 мужчин и 63 женщины. За период с 2010 по 2015 гг. ранние рецидивы были выявлены у 22 (22,4 %) пациентов, поздние — у 72 (73,5 %) пациентов, часто рецидивирующая рожа встречалась у 4 (4,1 %) пациентов. У 6 (6,1 %) из 98 пациентов при рецидивировании в период от 6 месяцев до 2 лет была выявлена иная локализация, чем при первичной роже. При сравнении долей мужчин и женщин среди пациентов с рецидивами различия были статистически незначимы ($p = 0,072$).

Количество госпитализаций пациентов с рожей с 2010 по 2017 гг. снизилось на 58,7 %. Количество пациентов с эритематозной формой рожи снизилось на 52,8 % (в 2010 г. 233 пациента, в 2017 г. — 110), с эритематозно-буллезной формой — на 78,2 % (в 2010 г. 55 пациентов, в 2017 г. — 12), с геморрагической — на 72,7 % (в 2010 г. 22 пациента, в 2017 г. — 6), по сравнению с 2010 г. Количество госпитализаций пациентов с различными формами рожи в период с 2010 по 2017 гг. представлена на рисунок 1.

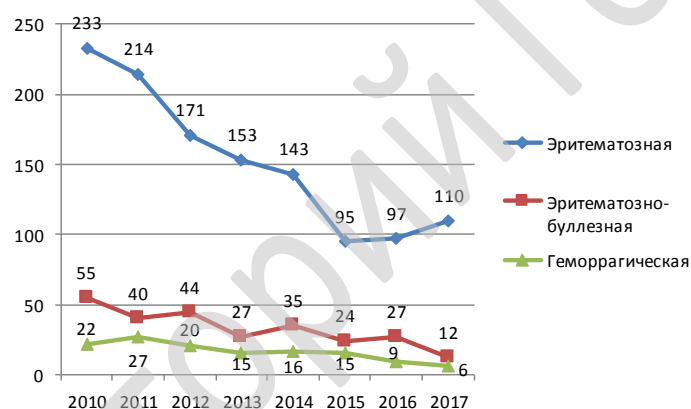


Рисунок 1 — Количество госпитализаций пациентов с различными формами рожи за период 2010–2017 гг.

Наиболее частой локализацией рожи за период с 2010 по 2017 гг. оказались нижние конечности — 1298 (81,6 %) пациентов, 145 (9,1 %) пациентов с локализацией в области головы (ушная раковина, лицо), 117 (7,35 %) пациентов с локализацией на верхних конечностях, 31 (1,95 %) пациент с локализацией в области туловища (спина, грудь) (рисунок 2).

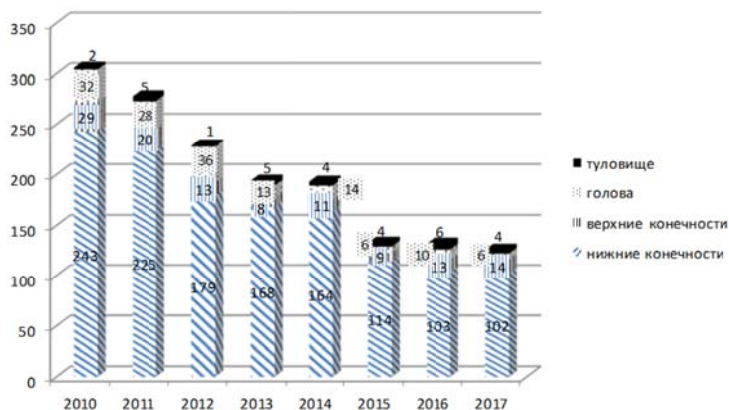


Рисунок 2 — Частота возникновения рожи различных локализаций за период с 2010 по 2017 гг.

Выводы

Пик заболеваемости розей приходится на трудоспособный возраст от 40 лет и старше (88,7 %). До 40 лет преобладает заболеваемость розей у мужчин (66,5 %), после 40 лет — у женщин (65,8 %). Отмечается снижение частоты госпитализаций пациентов, страдающих различными формами рожи с 2010 по 2017 гг. на 58,7 %. Наиболее часто встречаемой локализацией являются нижние конечности (81,6 %). Эритематозная форма встречается в 75,2 % случаев. У 6,1 % (из 98 пациентов) при позднем рецидивировании была выявлена иная локализация, чем при первичной розе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова, Е. А. Прогнозирование рецидивов у больных первичной и рецидивирующей розей / Е. А. Белова, Л. В. Титарева, Н. Г. Лишук // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». — 2008. — № 1. — С. 49–50.
2. Дунда, Н. И. Клинико-иммунологическая характеристика и оценка эффективности лечения рожи: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. И. Дунда. — М., 2008. — 25 с.
3. Еровиченков, А. А. Клинико-патогенетическое значение нарушений гемостаза и их коррекция у больных геморрагической розей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. А. Еровиченков. — М., 2003. — 35 с.
4. Разуванова, И. А. *Рожь*: Учебное пособие для врачей и студентов медицинских университетов / И. А. Разуванова. — Гомель: Гомельский государственный медицинский университет, 2006. — 28 с.
5. Особенности клиники и дифференциальной диагностики рожи. Обзор / Н. Ф. Плавунов [и др.] // Архив внутренней медицины. — 2017. — № 5. — С. 327–330.

УДК 616.915

КОРЬ: СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВШИХ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Красавцев Е. Л., Разуванова И. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Корь является одной из самых заразных болезней, известных на сегодняшний день. Для этой инфекции характерна почти 100 % восприимчивость. Общепринято, что вакцинация — самый эффективный способ борьбы с корью. Остаются восприимчивыми к кори в течение всей жизни и могут заболеть в любом возрасте люди, у которых отсутствует специфический противокоревой иммунитет (не болевшие и не привитые). По данным ВОЗ, в последние годы отмечается неблагоприятная ситуация по кори во многих странах мира. Летальные случаи при заболевании корью зафиксированы в Украине, Германии, Италии, Румынии [1]. Основными причинами возникновения очагов кори явились миграционные процессы в мире, позднее проведение противоэпидемических мероприятий в очагах (позже 72 ч после контакта с источником инфекции). Но наибольшее значение имеет неполный охват иммунизацией против кори подлежащих лиц (до 30 % подлежащих остаются не привитыми из-за медицинских отводов, отказов от прививок и др.), что создает условия для дальнейшего накопления восприимчивого населения [1–5].

Цель

Определить структуру заболевших корью, сравнить клинические проявления кори у пациентов различного возраста, пола, прививочного статуса.

Материал и методы исследования

Весной 2018 г. в Гомельскую областную клиническую больницу было госпитализировано 42 пациента с корью (23 мужчины, 19 женщин). Средний возраст пациентов составил $31,37 \pm 1,71$ лет. У пациентов анализировались основные клинические проявления заболевания (длительность и высота лихорадки, день появления и длительность высыпаний) и некоторые лабораторные данные (количество лейкоцитов и тромбоцитов).

Для сравнения различий клинических проявления кори и лабораторных данных в различных группах пациентов с корью использовались параметрические методы статистики (t-критерий при сравнении абсолютных значений).