

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ И ЧАСТОТА ОПРЕДЕЛЕНИЯ МРНК ХИМЕРНОГО ГЕНА bcl-abl ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МИЕЛОЛЕЙКОЗЕ

Кривоногова И.А., Курстак И.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра клинической лабораторной диагностики и иммунологии

Научный руководитель – к.б.н., доцент Кузнецов О.Е.

Хронический миелолейкоз (ХМЛ) развивается, когда в результате злокачественной трансформации и клональной миелопролиферации стволовых клеток начинается значительная гиперпродукция незрелых гранулоцитов. Данный лейкоз составляет 15% от всех лейкозов у взрослых, одинаково распространен у мужчин и женщин. Основными методами исследования и диагностики в наше время остаются: анализ крови, биопсия костного мозга с последующим цитогенетическим исследованием, определение щелочной фосфатазы нейтрофилов крови. Диагноз подтверждается при обнаружении филадельфийской (Ph) хромосомы при цитогенетическом или молекулярном анализе. На прогноз влияет наличие Ph-хромосомы и чувствительность заболевания к терапии [1].

Цель работы: оценить диагностическую специфичность и прогностическая ценность положительного результата определения мРНК химерного гена bcl-abl в крови при ХМЛ.

Материалы и методы исследования. Исследованы образцы крови 62 пациентов, из которых у 51 установлен диагноз ХМЛ (основная группа), у 11 пациентов диагноз на момент обследования не установлен или неуточнен (миелоидный лейкоз неуточненный/ХМЛ?), и у 37 доноров (контрольная группа). Критерий включения в основную группу – наличие у пациента ХМЛ, установленного с помощью других методов. Критерием включения в контрольную группу – информированное согласие на проведение обследования, отсутствие клинических признаков каких либо острых заболеваний, а также отсутствие обострения хронической патологии. В плазме венозной крови методом полимеразной цепной реакции в режиме «реального времени» определяли при помощи набора реагентов «АмплиСенс Лейкоз Квант M-bcr-FRT» (ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора, РФ) мРНК химерного гена bcl-abl (вариант M-bcr) и мРНК гена abl. Статистический анализ данных производили с помощью стандартного пакета прикладных статистических программ SPSS17.

Результаты и выводы. Установлено, что у пациентов с ХМЛ выявлялась мРНК химерного гена bcl-abl (вариант M-bcr) и мРНК гена abl: в основной группе (n=51) мутация обнаружена у 44 пациентов, не обнаружена у 7, в контрольной группе (n=37) мутация не обнаружена ни у одного из обследованных (p<0,05). Диагностическая значимость метода исследования составила: диагностическая чувствительность – 86,2%, диагностическая специфичность – 100%, диагностическая значимость отрицательного результата – 84,1%, диагностическая значимость положительного результата – 100%, диагностическая эффективность – 92%. По данным исследований 9 пациентов с неуточненным диагнозом на момент обследования, в двух случаях, обнаружена мутация, что позволило сделать вывод о 100% развитии заболевания у индивидуумов и 15,9% вероятности возникновения ХМЛ у оставшихся 7 пациентов.

Диагностическая специфичность и прогностическая ценность положительного результата определения мРНК химерного гена bcl-abl в крови при ХМЛ составляет 100%, что позволяет использовать метод в качестве скринингового. Данный метод можно рекомендовать для определения мРНК химерного гена bcl-abl в крови пациентов с неуточненным и неустановленным диагнозом.

Литература:

1. Current and emerging treatment options in chronic myeloid leukemia / E. Jabbour [et al.] // Cancer. – 2007. – Vol. 109. – P. 2171-2181.

ПРИЧИНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ

Кумидор А.В., Мечковская Н.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патологической анатомии

Научный руководитель – асс. Бутолина К.М.

Несмотря на огромные успехи современной хирургии, внедрение в практику новых хирургических, эндоскопических и медикаментозных методов лечения проблема желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) и сегодня остаётся одной из наиболее актуальных. ЖКК продолжают оставаться одним из серьезных осложнений различных заболеваний желудочно-кишечного тракта, а также являются следствием патологии других органов и систем, что затрудняет своевременную диагностику и лечение. Общая летальность при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта достигает 16-17% (у лиц пожилого и старческого возраста – в 2 раза выше), послеоперационная летальность до 10-12%, а при рецидивах кровотечения до 40% и более.

Цель исследования: провести анализ причин желудочно-кишечных кровотечений по данным патологоанатомических вскрытий.

Материалом для исследования стали протоколы вскрытий за 2011-2012 гг. из архива УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро».

Результаты. За период 2011-2012 гг. ЖКК отмечались у 196 умерших, подвергшихся патологоанатомическому вскрытию. Это составило 26,7% от вскрытий с заболеваниями органов пищеварения и 3,9% от всех вскрытий. Среди умерших от ЖКК было 69 (35,2%) женщин и 127 (64,8%) мужчин в возрасте от 23 до 90 лет (средний возраст – $57,14 \pm 7,01$ лет).

В 192 (97,96%) случаях кровотечения развились при поражениях верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Источниками ЖКК в этой группе стали: острые и хронические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (19,89%), эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки (6,12%), эрозии и язвы пищевода (1,02%), варикозное расширение вен пищевода (65,31%), злокачественные опухоли пищеварительного тракта (4,6%), разрывы слизистой кардиального отдела желудка при синдроме Меллори - Вейса (1,02%).

Язвенные кровотечения в 15 (7,65%) случаях явились осложнением язвенной болезни, а в 36 (18,36%) случаях – осложнением симптоматических язв. Кровотечения из варикозно расширенных вен отмечались чаще всего у пациентов с циррозом печени (62,24%), а также у пациентов, страдавших раком печени (2,04%) и раком поджелудочной железы (1,02%), сопровождавшихся портальной гипертензией. Среди злокачественных новообразований ЖКК наблюдались при раке желудка (2,55%), пищевода (0,51%), при раке поджелудочной железы с прорастанием в нижнюю треть пищевода и желудок (0,51%) и были обусловлены распадом опухоли. В 2 (1,02%) наблюдениях ЖКК развилось из малигнизированной язвы желудка.

Кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта выявлены у 2 (1,02%) умерших: кишечное кровотечение у 89-летней женщины, страдавшей неспецифическим язвенным колитом, и у 57-летнего мужчины в результате возникновения аорто-кишечного свища после протезирования аорты по поводу её атеросклеротического поражения. В 2 (1,02%) наблюдениях (у пациентов с лимфогранулематозом, агранулоцитозом) эрозивно-язвенные изменения отмечались по ходу всего пищеварительного тракта.