

Общая смертность в Гродненской области составила в 2009 г. 2,2 человек, в 2013 г. — 2,2 человек, в 2018 г. — 1,9 человек. Выявляемость 1–2 стадии в 2013 г. — 83,3 человек, в 2018 г. — 80,5 человек, 3 стадии в 2013 г. — 5,6 человек, в 2018 г. — 10,3 человек, 4 стадии в 2013 г. — 9,7 человек, в 2018 г. — 6,9 человек. На диспансерном учете в 2009 г. состояли 35 человек, в 2013 г. — 50 человек, в 2018 г. — 66,6 человек.

Общая смертность в Минской области составила в 2009 г. 2,1 человек, в 2013 г. — 2,2 человек, в 2018 г. — 2,6 человек. Выявляемость 1–2 стадии в 2013 г. составила 86 человек, в 2018 г. — 80,3 человек, 3 стадии в 2013 г. — 7 человек, в 2018 г. — 7,2 человек, 4 стадии в 2013 г. — 5,3 человек, в 2018 г. — 5,9 человек. На диспансерном учете в 2009 г. состояли 45,4 человек, в 2013 г. — 55,3 человек, в 2018 г. — 73,1 человек. Общая смертность в Могилевской области составила, в 2009 г. 1,6 человек, в 2013 г. — 2 человека, в 2018 г. — 2,7 человек. Выявляемость 1–2 стадии в 2013 г. составила 89 человек, в 2018 г. — 84,4 человек, 3 стадии в 2013 г. — 6,1 человек, в 2018 г. — 3,1 человек, 4 стадии в 2013 г. — 3,7 человек, в 2018 г. — 8,3 человек. На диспансерном учете в 2009 г. состояли 49,6 человек, в 2013 г. — 57,1 человек, в 2018 г. — 75,3 человек.

### **Выводы**

Таким образом, самые высокие показатели выявления меланомы и пациентов, стоящих на диспансерном учёте, были отмечены в Гомельской области. Это связано с тем, что солнечных дней в Гомельской области больше, чем в других областях, соответственно уровень ультрафиолетового излучения выше. Ультрафиолетовые лучи попадая на кожу, вызывают рост меланом. Вероятность возрастает, если кожа имеет светлый фототип, большое количество родимых пятен, веснушек. В целях профилактики появления меланом нужно максимально ограничить время пребывания на солнце, наносить на кожу солнцезащитные средства, укрывать открытые участки кожи одеждой.

УДК 616.155.194. 9-036.11-052 «2017/2019»

## **СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ У ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОД С 2017 ПО 2019 ГГ.**

*Атаджанова А. Б., Мухаммедов Х. О.*

**Научный руководитель: м.м.н., старший преподаватель А. В. Провалинский**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Острые лейкозы — это группа злокачественных заболеваний крови, основной характеристикой которых является клональная экспансия генетически измененных предшественников гемопоэза. Основной причиной развития заболевания является дисбаланс между пролиферацией и дифференцировкой клеток, который приводит к повреждению нормального кроветворения. Опухолевые клетки образуются в ткани красного костного мозга и в последующем мигрируют в периферическую кровь, с током крови распространяются в различные органы. При острых лейкозах в генах обнаруживаются изменения на генетическом и на эпигенетическом уровне, т.е. на уровне регуляции считывания генетической информации с участием белковых и нуклеотидных структур, присутствующих в клетке [1].

### **Цель**

Определить структуру заболеваемости острыми лейкозами у пациентов, находившихся на стационарном лечении в период с 2017 по 2019 гг.

### Материал и методы исследования

В ходе работы был проведен анализ 47 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в гематологическом отделении для взрослых учреждения «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». Для получения сведений о случаях заболеваний анализировали медицинскую документацию. Статистическая обработка полученных в результате исследования данных проводилась с использованием пакета прикладных программ «Statistica» 10.0.

### Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования были изучены 47 историй болезни в зависимости от пола, места проживания, а также результатов анализа пациентов с острыми лейкозами. Среди них 45 % мужского пола и 55 % женского пола.

При исследовании места жительства пациентов были получены следующие данные, представленные в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение больных ОЛ по регионам

№	Регионы	Диагноз заболевания		Общее количество Ол в %
		ОМЛ в %	ОЛЛ в %	
1	Брестская область	100	0	2
2	Гомельская область	74	26	75
3	Могилевская область	42,86	57,14	15
4	Украина	100	0	8

Среди изученных нами историй болезни пациентов с острыми лейкозами ОМЛ был диагностирован в 70 % случаев и ОЛЛ — 30 % случаев, что соответствует данным других авторов (75 и 19 % соответственно) [1].

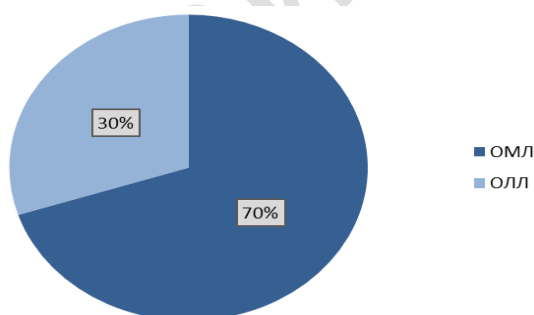


Рисунок 1 — Процентное соотношение ОМЛ и ОЛЛ

У большинства больных заключительным диагнозом является ОМЛ. Среди ОМЛ преобладает (35 % случаев) М2 вариант.

У взрослых пациентов с ОЛ обычно выявляют анемию, тромбоцитопению, а также изменение числа лейкоцитов, которое варьируется в довольно широких пределах. По данным анализа полученных историй анемия и тромбоцитопения встречаются более чем у половины больных с ОМЛ (М2, М3 и М4 формы по FAB-классификации), несколько реже при ОЛЛ. Содержание лейкоцитов в периферической крови в большей степени у взрослых с ОЛЛ выше  $50 \times 10^9/\text{л}$ . Средние значения содержания бластных клеток в красном мозге и периферической крови больных с ОМЛ и ОЛЛ практически не отличаются.

### Выводы

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что показатель заболеваемости ОМЛ в исследованных регионах составил 70 % и ОЛЛ 30 %. Проведенный анализ заболеваемости за период с 2017 по 2019 гг. не позволяет сделать выводы о зна-

чительном росте заболеваемости лейкозами у населения Республики Беларусь, при этом заболеваемость ОЛЛ даже снижается.

ЛИТЕРАТУРА

1. Острые лейкозы / А. С. Бабяк [и др.] // Международный студенческий научный вестник. — 2018. — № 4–2. — С. 6–7.

УДК 613.84-057.875(476.2-25)

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КУРЕНИЯ  
СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО И НЕМЕДИЦИНСКИХ  
ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ Г. ГОМЕЛЯ**

*Ашыров Ш. Г.*

**Научные руководители: преподаватель Л. А. Белая,  
преподаватель А. А. Мазанчук**

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

***Ведение***

По оценке ВОЗ на сегодняшний день вредные привычки находятся на втором месте после загрязнения воздуха по актуальности возникновения на их фоне различных неинфекционных заболеваний (НИЗ), таких как сердечно-сосудистые заболевания, патология органов дыхания, злокачественные новообразования и сахарный диабет.

В настоящее время в Республике Беларусь проводится активная государственная политика, направленная на сокращение потребления табачных изделий населением [1].

По данным Белстата на начало 2019 г. курили 23,8 % белорусов старше 16 лет. Показано, что привычка к курению формируется обычно в молодые годы. Только 10–15 % курящих на сегодняшний день начали курить после 19 лет. Следовательно, максимальный эффект по предотвращению употребления табака может быть достигнут, если усилия будут сконцентрированы на подростковом и юношеском периодах.

Медицинские работники могут способствовать отказу от вредной привычки. Почти половина бывших курильщиков указывает на процесс лечения, как главную причину отказа от курения. Курящий врач вряд ли является убедительным и авторитетным для своих пациентов в этом вопросе [2].

***Цель***

Изучить уровень распространенности курения табака среди студентов Гомельского государственного медицинского университета (ГГМУ), Гомельского государственного университета им. Ф. Скорины (ГГУ им. Ф. Скорины) и Гомельского государственного университета им. П. О. Сухого (ГГУ им. П. О. Сухого).

***Материал и методы исследования***

Было проведено анкетирование среди студентов: Гомельского государственного медицинского университета ( $n = 494$ ); Гомельского государственного технического университета имени П. О. Сухого ( $n = 205$ ); Гомельского государственного университета имени Ф. Скорины ( $n = 289$ ). В исследовании приняло участие 988 студентов 1–5 курса (294 юношей и 694 девушек), в возрасте от 18 до 25 лет.

Данные по курению основаны на анкетировании респондентов, где к курящим мы относили тех, кто курит один и более раз в день, редко курящим — 1–2 раза в неделю и не курящим. Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Statsoft (USA) Statistica» 10.0. Так как распределение изучаемых показателей отличалось от нормального (критерий Шапиро — Уилка), для статистической обработки данных использовали непараметри-