

Выводы

Количество выявленных липосарком при гистологическом исследовании постепенно увеличивается после 41 года и достигает пика в возрасте от 61 до 70 лет. Преобладания больных по половому признаку не выявлено. Наиболее частая локализация липосарком – мягкие ткани нижних конечностей и тазобедренной области – 66 (45,8 %) пациентов. Самым распространенным гистологическим подтипом липосарком являются высокодифференцированные липосаркомы – атипичные липоматозные опухоли, которые выставлялись в чуть менее трети (31,3 %) всех случаях. Наиболее агрессивное клиническое течение, с рецидивами в 33,3 % случаях наблюдается у плеоморфных липосарком.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Haddox, C. L. Recent advances in the understanding and management of liposarcoma / C. L. Haddox, R. F. Riedel // Faculty Reviews. – 2021. – Vol. 10. – P. 1–1.
2. Thway, K. Well-differentiated liposarcoma and dedifferentiated liposarcoma: an updated review / K. Thway // Seminars in diagnostic pathology. – 2019. – Vol. 36, № 2. – P. 112–121.
3. Epidemiology and survival of liposarcoma and its subtypes: A dual database analysis / K. M. Amer [et al.] // Journal of clinical orthopaedics and trauma. – 2020. – Vol. 11. – P. 479–484.
4. Феденко, А. А. Липосаркомы: морфологические подтипы, факторы прогноза и терапевтические опции / А. А. Феденко // Современная онкология. – 2016. – Vol. 18, № 3. – P. 52–58.

УДК 616.151:616-002.5

К. А. Дурова, Е. В. Антонченко

Научный руководитель: к. м. н., доцент Л. А. Мартемьянова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Введение

Туберкулез на современном этапе остается социально значимым и одним из частых оппортунистических инфекционных заболеваний. Согласно данным современных исследований в области инфекционных болезней, в списке причин смертности от инфекционных болезней на планете, туберкулез занимает первое место.

Туберкулез во всем мире сегодня представляет серьезную медико-социальную проблему. По данным экспертов ВОЗ подавляющее большинство бремени туберкулеза в Европейском регионе приходится на 18 высокоприоритетных стран (84 % заболеваемости, 85 % распространенности, 91 % смертности от туберкулеза, 90 % сочетанных инфекций туберкулез и ВИЧ, 99 % мультирезистентного туберкулеза) [1].

Проблема туберкулеза актуальна для Республики Беларусь и всего мира в целом. По уровню заболеваемости с учетом рецидивов Республика Беларусь в 2013 г. была на 6-м месте в этом списке. О распространенности туберкулеза принято судить на основании анализа ряда показателей: заболеваемости, болезненности, смертности [2, 3].

Цель

Проанализировать уровень ряда показателей периферической крови пациентов, больных туберкулезом.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 45 медицинских посмертных эпикризов пациентов, находящихся в стационаре на базе УЗ «Гомельская областная туберкулезная клиническая больница», у которых туберкулез был основным диагнозом.

Пациенты были разделены по возрасту на 3 группы: 30–52 лет, 53–61 лет и 62–90 лет. У обследуемых определяли основные показатели периферической крови: количество форменных элементов, лейкоцитарная формула, СОЭ, содержание общего белка, гемоглобина, мочевины, АЛТ, АСТ, билирубина и глюкозы, для чего были использованы стандартные методики [4].

Математико-статистическая обработка и анализ полученных данных производились с помощью программного обеспечения Microsoft Office Excel 2010 и пакета программ Statistica 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе проведенной работы были исследованы показатели периферической крови обследованных лиц мужского и женского пола, разных возрастных категорий. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Показатели периферической крови лиц, больных туберкулезом

| Показатель | Пол | Возраст, лет | | |
|-------------------------|-----|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| | | 30–50 | 50–65 | старше 65 |
| Эритроциты, $10^{12}/л$ | жен | 3,10 [2,81; 3,47] | 3,61 [3,21; 4,00] | 3,67 [3,39; 3,77] |
| | муж | 3,18 [2,24; 3,95] | 3,21 [2,65; 3,65] | 3,99 [3,60; 4,43] |
| Билирубин, мкмоль/л | жен | 20,00 [16,90; 31,00] | 20,50 [8,50; 56,00] | 13,00 [12,00; 150,00] |
| | муж | 13,00 [10,00; 17,00] | 11,00 [8,00; 13,00] | 18,50 [15,00; 30,00] |
| Лейкоциты, $10^9/л$ | жен | 5,84 [5,80; 14,37] | 6,20 [0,70; 11,70] | 11,50 [8,20; 14,66] |
| | муж | 12,42 [7,92; 15,72] | 8,00 [6,40; 9,90] | 13,90 [5,10; 15,29] |
| Гемоглобин, г/л | жен | 95,00 [91,00; 95,00] | 112,50 [107,00; 118,00] | 103,00 [98,00; 110,00] |
| | муж | 95,00 [82,00; 129,00] | 94,00 [84,00; 106,00] | 115,50 [110,00; 131,00] |
| СОЭ, мм/час | жен | 47,00 [37,00; 62,00] | 30,00 [26,00; 34,00] | 39,00 [20,00; 61,00] |
| | муж | 42,00 [28,00; 62,00] | 56,00 [44,00; 60,00] | 42,50 [20,00; 51,00] |
| Нейтрофилы палочк, % | жен | 1,00 [1,00; 1,00] | 6,50 [4,00; 9,00] | 4,00 [4,00; 4,00] |
| | муж | 3,00 [1,00; 9,00] | 7,50 [1,50; 14,50] | 5,00 [2,00; 8,00] |
| Нейтрофилы сегмент, % | жен | 76,00 [74,00; 80,00] | 56,50 [37,00; 76,00] | 73,00 [63,00; 84,00] |
| | муж | 70,00 [58,00; 80,00] | 78,00 [75,00; 87,00] | 73,00 [61,00; 78,00] |
| Эозинофилы, % | жен | 0,00 [0,00; 0,00] | 0,00 [0,00; 0,00] | 8,00 [4,00; 10,00] |
| | муж | 0,00 [0,00; 1,00] | 0,00 [0,0; 0,10] | 5,00 [2,00; 9,00] |
| Моноциты, % | жен | 7,10 [1,00; 15,10] | 4,50 [4,00; 5,00] | 8,00 [4,00; 10,0] |
| | муж | 8,00 [5,00; 10,00] | 3,00 [1,00; 6,00] | 5,00 [2,00; 9,00] |
| Лимфоциты, % | жен | 8,60 [8,00; 9,00] | 7,50 [5,00; 10,00] | 22,00 [15,00; 23,00] |
| | муж | 12,00 [8,00; 26,00] | 10,00 [6,40; 12,00] | 14,50 [9,00; 18,00] |
| АЛТ, Ед/л | жен | 80,50 [30,00; 85,40] | 1,41 [0,92; 1,90] | 23,00 [10,00; 228,00] |
| | муж | 33,00 [12,10; 82,95] | 10,00 [6,00; 23,00] | 26,00 [20,00; 37,30] |
| Общий белок, г/л | жен | 61,00 [56,00; 64,50] | 70,00 [70,00; 70,00] | 57,00 [50,00; 78,00] |
| | муж | 55,80 [44,00; 74,00] | 64,00 [58,00; 70,00] | 71,00 [65,00; 74,00] |
| Мочевина, ммоль/л | жен | 5,50 [5,10; 25,60] | 17,00 [6,00; 28,00] | 9,50 [7,00; 17,90] |
| | муж | 12,44 [5,30; 21,60] | 8,40 [6,30; 10,70] | 7,66 [5,60; 13,10] |
| АСТ, Ед/л | жен | 66,30 [48,00; 109,00] | 62,00 [56,00; 67,00] | 51,00 [12,00; 116,00] |
| | муж | 48,50 [11,00; 56,00] | 32,00 [12,00; 38,00] | 57,85 [21,00; 96,00] |
| Глюкоза, ммоль/л | жен | 7,40 [5,08; 8,98] | 4,95 [3,00; 6,90] | 5,30 [4,30; 5,90] |
| | муж | 5,75 [4,70; 6,20] | 4,50 [3,90; 5,30] | 3,85 [3,00; 5,40] |

Анализ результатов, представленных в таблице, показывает, что у пациентов женского пола всех возрастных групп количество эритроцитов ниже нормы ($3,7-4,7 \times 10^{12}/л$). У пациентов мужского пола так же всех возрастных групп количество эритроцитов в крови значительно ниже нормы (в норме – $4,5-5,1 \times 10^{12}/л$).

Количество лейкоцитов у женщин первых двух возрастных групп и мужчин в возрасте от 50–65 года находится в пределах физиологической нормы ($4-9 \times 10^9/л$), у женщин старше 65 лет содержание лейкоцитов повышено. У лиц мужского пола, относящихся ко второй возрастной группе количество лейкоцитов, соответствует норме. У пациентов первой и третьей возрастных групп содержание лейкоцитов повышено.

У женщин и мужчин всех возрастных групп содержание гемоглобина снижено (у женщин норма – 120–140 г/л, у мужчин – 130–160 г/л).

У пациентов и женского, и мужского пола показатель СОЭ значительно превышает норму (у женщин – 2–15 мм/час, у мужчин – 1–10 мм/час).

Анализируя лейкоцитарную формулу, можно обнаружить, что количество палочкоядерных нейтрофилов у пациентов мужского и женского пола второй возрастной группы незначительно повышено (норма – 1–6 %). У остальных возрастных групп мужчин и женщин всех возрастов содержание палочкоядерных нейтрофилов соответствует норме.

Количество сегментоядерных нейтрофилов у пациентов мужского пола первой возрастной группы и пациентов женского пола второй возрастной группы находится в пределах физиологической нормы (47–72 %). У остальных возрастных групп мужчин и женщин всех возрастов содержание сегментоядерных нейтрофилов повышено.

У пациентов женского пола старше 65 лет показатель эозинофилов в периферической крови повышен (норма – 0,5–5 %), у остальных обследованных мужчин и женщин – находится в пределах нормы.

У лиц женского пола старше 65 лет показатель лимфоцитов находится в пределах нормы (19–37 %). У остальных возрастных групп мужчин и женщин всех возрастов содержание лимфоцитов снижено.

Результаты исследований биохимических показателей периферической крови обследованных пациентов разных возрастных групп, свидетельствуют о том, что содержание общего белка у пациентов женского пола второй возрастной группы и пациентов мужского пола третьей возрастной группы находится в пределах физиологической нормы (65–85 г/л). У остальных обследованных лиц обоих полов и разных возрастов данный показатель незначительно снижен.

У пациентов женского пола первой возрастной группы и пациентов мужского пола старше 65 лет содержание мочевины находится в пределах нормы (2,5–8,3 ммоль/л). У остальных обследованных лиц обоих полов и разных возрастов данный показатель повышен.

Установлено повышение уровня глюкозы у женщин первой возрастной группы. У остальных обследованных лиц обоих полов и разных возрастов данный показатель находится в пределах нормы.

У обследованных лиц обоих полов и разных возрастов показатели АЛТ и АСТ повышены.

Вывод

1. Таким образом, в ходе работы было выявлено, что у исследованных пациентов большинство показателей периферической крови отклонено от нормальных значений.

2. У большинства пациентов отмечены отклонения в содержании эритроцитов, гемоглобина (это свидетельствует о развитии анемии), лейкоцитов, СОЭ, лимфоцитов, а также незначительные отклонения количества палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов в периферической крови.

3. Эозинофилия наблюдается только у лиц пожилого возраста.

4. При анализе биохимических показателей было выявлено повышенное содержание мочевины, незначительное повышение уровня глюкозы и значительное повышение АЛТ и АСТ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis/>. – Дата доступа: 26.03.2023.
2. Фтизиатрия – учебник для медицинских вузов / В. Ю. Мишин [и др.]. – 3-е издание, переработанное и дополненное. – М.: «ГЕОТАР-Медиа», 2020. – 782 с.
3. Кошечкин, В. А. Фтизиатрия: учебник / В. А. Кошечкин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 304 с.
4. Интерпретация показателей крови на автоматическом гематологическом анализаторе / Д.С. Сачилович [и др.]. – Гомель: ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2018. – 26 с.

УДК 618.19-006.6-07:577.17

Е. В. Зайцева, Н. В. Жукова

Научный руководитель: к.м.н., доцент Э. А. Надыров

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ЭКСПРЕССИЯ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ И ХАРАКТЕР РЕГИОНАРНОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КАЧЕСТВЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Введение

Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее распространенным онкологическим заболеванием среди женского населения во всех экономически развитых странах. Заболевание возникает в любом возрасте, но чаще приходится на две возрастные группы: 40–45 лет (предменопаузальный РМЖ) и после 50–55 лет (постменопаузальный РМЖ). У женщин моложе 40 лет встречается реже, однако в последние годы количество женщин с РМЖ в возрасте 30–40 лет постоянно растет, особенно прирост заболеваемости выявляется в промышленно развитых странах и в регионах с неблагоприятной экологической обстановкой. В Беларуси грубый интенсивный показатель заболеваемости вырос с 76,7 до 82,3 на 100 000 женского населения в 2020 г. [1].

РМЖ – злокачественная опухоль, исходящая из эпителия ткани молочной железы. Не существует единого этиологического фактора развития РМЖ. У 3–10 % пациентов с РМЖ развитие заболевания связано с наличием мутаций в генах РМЖ (breast cancer gene – BRCA)1, BRCA2, CHEK, NBS1, TP53. У остальных пациентов РМЖ имеет спорадический характер [2].

На сегодняшний день при назначении лечения все больше акцентируют внимание на рецепторном статусе РМЖ, а именно наличию или отсутствию рецепторов эстрогена (РЭ) и прогестерона (РП). В ряде работ показана возможная корреляция рецепторного статуса и степени дифференцировки РМЖ, так при РЭ+ опухолях чаще наблюдаются высокодифференцированные формы РМЖ и, напротив, низкодифференцированный рак, как правило, характеризуется отсутствием рецепторов. Однако некоторые исследования показали, что не существует прямой взаимосвязи рецепторного статуса и уровня дифференцировки опухолевых клеток. Однако в современных представлениях о патогенезе РМЖ рецепторный статус является одним из главных прогностических параметров.

Цель

Изучить особенности регионарного метастазирования и экспрессии женских половых гормонов при раке молочной железы I–III стадии в качестве прогностических маркеров.