

Средний стандартизированный показатель заболеваемости у мужчин за исследуемый период был выше, чем у женщин, 16,68 и 11,86 на 100 тыс. населения соответственно. Средние стандартизированные показатели смертности также были выше у мужчин 7,6 и 5,1 у женщин на 100 тыс. населения.

Выводы

1. В Гродненской области, как и в РБ, наблюдается рост заболеваемости КРР. Темпы роста заболеваемости у мужчин опережают таковые у женщин. В Гродненской области прослеживается тенденция к снижению смертности от КРР, что нельзя сказать о стране в целом. Показатели смертности у мужчин выше показателей смертности у женщин в Гродненской области и в РБ.

2. Выявленные тенденции требуют изучения причин и факторов риска заболеваемости в стране в целом и в частности в областях, а также разработки адекватных скрининговых программ.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бакашев, Ж. К.* Рак толстой и прямой кишки / Ж. К. Бакашев, М. О. Кузикеев // Вестник КРСУ. — 2012. — Т. 12, № 9. — С. 19–21.
2. GLOBOCAN 2012: Estimated cancer incidence, Mortality and prevalence Worldwide in 2012 // International Agency for Research on Cancer: [Электронный ресурс]. — 2015. — Режим доступа: <http://www.iarc.fr/IARCPress/index/php>. — Дата доступа: 12.04.15.

УДК 618.19 - 006.6

АНАЛИЗ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Скороходова А. А.

**Научный руководитель: ассистент *Е. С. Сукач*¹;
врач патологоанатом *Д. А. Зиновкин*²**

¹**Учреждение образования**

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²**Государственное учреждение**

**«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»**

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

На протяжении 25 лет в Беларуси наблюдается рост заболеваемости раком. В 2015 г. по данным Белорусского канцер-регистра от злокачественных новообразований умерло более 17 тыс. белорусов, из которых 6,4 % составили пациентки страдавшие раком молочной железы [1]. Для рака молочной железы, как и для злокачественных образований других локализации, характерно наличие паранеопластического синдрома, позволяющего в ряде случаев мимикрировать опухоли под различные не онкологические заболевания. Гематологические и биохимические проявления паранеопластического синдрома выявляемые при стандартном биохимическом исследовании по нашему мнению могут изменяться при прогрессии рака молочной железы от стадии к стадии и возможно являться критериями прогрессии заболевания.

Цель

Оценить показатели общего и биохимического анализа крови у онкобольных раком молочной железы на разных стадиях заболевания.

Материал и методы исследования

Произведен ретроспективный анализ заключений биохимического анализа крови 57 пациенток, находившихся на лечении по поводу рака молочной железы в УЗ «Бобруйский межрайонный онкологический диспансер» в 2011–2015 гг. Средний возраст пациенток составил 62,8 лет. Пациентки были разделены на 3 группы, критериями отбора были клиническая стадия заболевания (I–IV) и pTNM. Статистическая обработка данных осуществля-

лась с применением компьютерных программ «Exel» и «Statistica» 6.0. Так как полученные данные не подчинялись закону нормального распределения по критерию Колмогорова-Смирнова, они были представлены в формате Me (25 %; 75 %), где Me — медиана, 25 % — нижний перцентиль, 75 % — верхний перцентиль. При сравнении независимых групп использовали непараметрический метод — U-критерий Манна — Уитни. Результаты анализа считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Показатели общего и биохимического анализа в сыворотке крови основанные на разделении пациенток на группы в соответствии со стадией заболевания представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Результаты общего и биохимического анализа крови на разных стадиях онкологического заболевания (Медиана, 25–75 квартиль)

Показатель	Группа 1 1 стадия (N = 21)	Группа 2 2 стадия (N = 21)	Группа 3 3–4 стадия (N = 15)	p < 0,05
Нв, г/л	123,00 (114,00÷131,00)	119,00 (110,00÷128,00)	118,00 (109,00÷133,00)	p > 0,05
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	3,63 (3,45÷3,97)	3,58 (3,40÷3,84)	3,60 (3,28÷4,00)	p > 0,05
Лейкоциты, $\times 10^{12}/л$	5,20 (4,50÷6,60)	6,00 (5,00÷7,70)	6,20 (5,40÷7,70)	p > 0,05
Эозинофилы, %	1,00 (1,00÷2,00)	2,00 (1,00÷3,00)	1,50 (1,00÷2,00)	p > 0,05
Палочкоядерные лейкоциты, %	4,50 (4,00÷7,00)	5,00 (4,00÷6,00)	5,00 (4,00÷6,00)	p > 0,05
Сегментоядерные лейкоциты, %	57,00 (48,00÷64,00)	65,00 (63,00÷70,00)	61,00 (58,00÷67,00)	p = 0,001 (1–2 группа)
Лимфоциты, %	32,00 (25,00÷43,00)	24,00 (18,00÷27,00)	27,00 (24,00÷32,00)	p = 0,001 (1–2 группа)
Моноциты, %	7,00 (4,00÷8,00)	4,00 (3,00÷7,00)	5,00 (3,00÷6,00)	p > 0,05
СОЭ, ммоль/л	25,00 (16,50÷36,00)	25,00 (15,00÷35,00)	21,00 (12,00÷28,00)	p > 0,05
Глюкоза, ммоль/л	4,60 (4,00÷5,10)	5,10 (4,10÷5,70)	4,20 (4,00÷6,80)	p > 0,05
Общий белок, г/л	71,00 (65,00÷76,00)	72,50 (67,00÷77,00)	67,50 (62,00÷73,00)	p > 0,05
Общий билирубин, мкмоль/л	13,00 (11,70÷19,00)	13,05 (12,50÷18,00)	11,90 (11,00÷13,40)	p > 0,05
Мочевина, ммоль/л	5,40 (4,80÷7,40)	6,00 (5,45÷6,65)	6,28 (5,50÷6,80)	p > 0,05
Креатинин, ммоль/л	71,00 (60,00÷82,00)	70,50 (65,00÷84,50)	69,00 (64,00÷84,00)	p > 0,05
АсАТ, Ед/л	24,50 (22,00÷27,00)	24,00 (20,00÷29,00)	27,00 (25,50÷36,50)	p > 0,05
АлАТ, Ед/л	23,00 (20,50÷27,00)	24,00 (20,00÷27,00)	32,50 (24,50÷46,50)	p = 0,0112 (1–3 группа) p = 0,01 (2–3 группа)

* Значимые различия между группами по U-критерию Манна — Уитни, в скобках — достигнутые значения P

При сравнении общего и биохимического анализа крови на различных стадиях онкозаболевания рака молочной железы не выявлены статистически значимые отличий от показателей физиологической нормы. Однако показатели: количества эритроцитов, гемоглобина и СОЭ находятся на нижней границе нормы. При многих онкологических заболеваниях значение скорости оседания эритроцитов (СОЭ), достигает выше 15 мм/ч. Особенно следует обратить внимание в тех случаях, когда антибактериальное или противовоспалительное

лечение не ведет к снижению СОЭ. Низкая концентрация эритроцитов в комплексе с пониженным уровнем гемоглобина свидетельствует о легкой степени анемии.

При сравнении лейкоцитарной формулы пациенток со 2 стадией заболевания значительно выше количество сегментоядерных лейкоцитов, чем у обследованных женщин с 1 стадией, увеличение показателя на 14 %, $p = 0,001$. Во 2 стадии заболевания снижение количество лимфоцитов на 25 % в сравнение с 1 стадией обследованных соответственно, $p = 0,01$. Лейкоцитарная формула крови сдвигается незначительно, но повышается уровень нейтрофилов, а концентрация лимфоцитов, наоборот, уменьшается.

В ходе исследования установлено, что показатель аланинаминотрансферазы (АлАТ) у больных с 3 стадией заболевания составил $Me = 32,50 (24,50 \div 46,50)$ Ед/л статистически значительно выше, чем в 1 и 2 стадии против $Me = 24,00 (20,00 \div 27,00)$ Ед/л и $23,00 (20,50 \div 27,00)$ Ед/л соответственно, $p = 0,01$. Аминотрансферазы: аланинаминотрансфераза (АлАТ) и аспаргатаминотрансфераза (АсАТ) находятся в пределах нормы. Данные ферменты обнаруживаются в крови в большом количестве только при повышении проницаемости мембран клеток.

Выводы

1. Полученные нами данные указывают на активацию клеточного звена противоопухолевого иммунитета, проявляющегося увеличением сегментоядерных лейкоцитов и общего количества лимфоцитов в периферической крови.

2. Повышение на 3 стадии заболевания АлАТ и АсАт, выявленное в нашем исследовании, возможно, является проявлением токсического действия продуктов метаболизма опухоли на организм пациенток.

3. Выявленные изменения так же могут являться подтверждением стадийности развития опухоли в процессе своей прогрессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. О демографической ситуации в 2014–2015 году [Электронный ресурс] // Национальный статистический комитет Республики Беларусь. — Режим доступа: <http://ktzszmoik.gov.by/adresnaya-socialnaya-pomoshh/demograficheskaya-situaciya>. — Дата доступа: 27.02.2016.

УДК 616.517:616.891

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСОРИАЗОМ

Скребец Ю. В., Свенцицкая А. Л., Горбачева А. С.

Научный руководитель: ассистент Л. А. Порошина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Псориаз представляет собой хронический дерматоз неясной этиологии с весьма сложным патогенезом и рецидивирующим течением. Является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний кожи, на его долю приходится 5–10 % от общего числа дерматозов [1]. Среди населения развитых стран заболеваемость им в настоящее время достигает 2–3 % [1, 2]. Установлено, что провоцирующее влияние на развитие дерматоза и его осложнений оказывают нервно-психические факторы. Психическая травма, умственное переутомление могут вызвать либо возникновение псориаза, либо его обострение. Описаны случаи появления этого заболевания или его рецидива у детей после смерти родителей, родственников, друзей, у солдат впервые попавших под артобстрел, после контузий и ранений, у студентов после сдачи экзаменов, у лиц после механического повреждения, атеросклеротических изменений головного мозга.

Однако существуют взгляды, согласно которым функциональные нарушения со стороны нервной системы у больных псориазом трактуются как вторичные, являющиеся следст-