

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  $\beta$ 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  $\beta$ 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,  $\beta$ 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  $\chi^2$ ). 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.

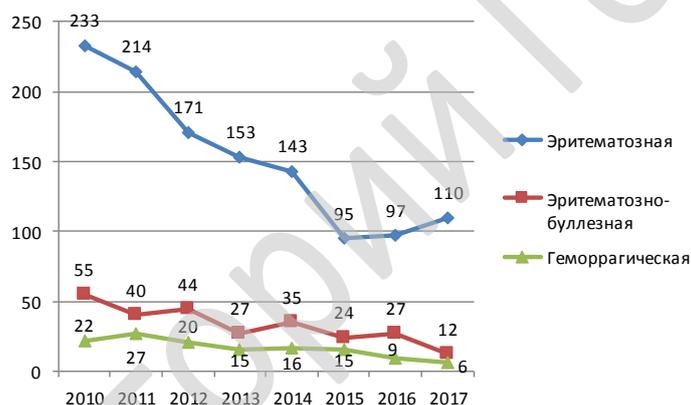


Рисунок 1 — Количество госпитализаций пациентов с различными формами рожи за период 2010–2017 гг.

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).

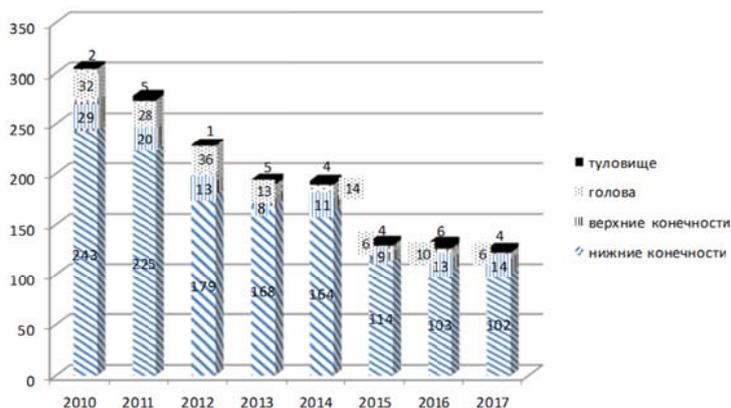


Рисунок 2 — Частота возникновения рожи различных локализаций за период с 2010 по 2017 гг.

## **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).