

## **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 роже.

## **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).

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Пациенты с корью в среднем поступали на  $3,88 \pm 0,25$  день от начала заболевания, средний койко-день составил  $6,05 \pm 0,25$  дня, длительность лихорадки была  $4,38 \pm 0,29$  дня (от 2 до 9 дней), а среднее максимальное значение достигало  $38,78 \pm 0,11$  °С. Высыпания длились  $3,74 \pm 0,21$  дня, среднее количество лейкоцитов в общем анализе крови было  $5,98 \pm 0,38 \times 10^9$ /л, тромбоцитов —  $176,26 \pm 6,63 \times 10^9$ /л. Среди госпитализированных пациентов с корью было только 4 ребенка (2 мальчика и 2 девочки от 1 года 4 месяцев до 16 лет), 9 медицинских работников (все женщины). Прививочный статус был известен только у 5 (привито было 3, не привито — 2), у остальных он был не известен. Контакт с пациентом с корью был зарегистрирован у 19 человек (у 7 контакт был в больнице или поликлинике), пятна Филатова-Коплика обнаруживались у 30 из 42 пациентов.

При сравнении клинических проявления кори и лабораторных данных у пациентов различного возраста (до 30 лет — 11 пациентов, старше 40 лет — 8) было выявлено, что пациенты до 30 лет поступали несколько раньше (на  $3,88 \pm 0,31$  день), чем старше 40 лет (на  $4,25 \pm 0,75$  день,  $p > 0,05$ ), находились в стационаре меньше ( $5,63 \pm 0,34$  дня, старше 40 лет —  $7 \pm 0,54$  дня,  $p < 0,05$ ). Клинические проявления: длительность высыпаний (до 30 лет —  $3,88 \pm 0,28$  дней, старше 40 лет —  $3,75 \pm 0,7$  дней), длительность лихорадки (до 30 лет —  $4,38 \pm 0,36$  дней, старше 40 лет —  $4,63 \pm 0,87$  дней), и ее среднее максимальное значение (у пациентов до 30 лет —  $39,06 \pm 0,16$  °С, старше 40 лет —  $38,59 \pm 0,31$  °С) у пациентов этих возрастных групп статистически значимо не отличались ( $p > 0,05$ ), также как и количество лейкоцитов ( $5,74 \pm 0,79 \times 10^9$ /л и  $5,78 \pm 0,62 \times 10^9$ /л соответственно), и тромбоцитов ( $184,57 \pm 10,5 \times 10^9$ /л и  $156,25 \pm 13,98 \times 10^9$ /л соответственно).

При сравнении клинических проявления кори и лабораторных данных у пациентов различного пола (мужчин — 23, женщин — 19) было выявлено, что мужчины поступали несколько раньше (на  $3,57 \pm 1,5$  день), чем женщины (на  $4,26 \pm 0,39$  день,  $p > 0,05$ ), находились в стационаре меньше ( $5,91 \pm 0,37$  дня, женщины —  $6,21 \pm 0,54$  дня,  $p > 0,05$ ). Клинические проявления: длительность высыпаний (у мужчин —  $3,78 \pm 0,29$  дней, у женщин —  $3,68 \pm 0,32$  дней), длительность лихорадки (у мужчин —  $4,26 \pm 0,41$  дней, у женщин —  $4,52 \pm 0,41$  дней), и ее среднее максимальное значение (у мужчин —  $38,83 \pm 0,18$  °С, у женщин —  $38,7 \pm 0,11$  °С), у пациентов различного возраста статистически значимо не отличались ( $p > 0,05$ ), также как и количество лейкоцитов ( $5,74 \pm 0,34 \times 10^9$ /л и  $6,26 \pm 0,73 \times 10^9$ /л соответственно), и тромбоцитов ( $179,13 \pm 8,64 \times 10^9$ /л и  $172,79 \pm 10,47 \times 10^9$ /л соответственно). Необходимо отметить, что средний возраст женщин ( $35,37 \pm 2,92$  года) был больше, чем у мужчин ( $28,06 \pm 1,76$  года,  $p < 0,05$ ).

При сравнении клинических проявления кори и лабораторных данных у привитых по контакту (8 пациентов) и не привитых (33 пациента) было выявлено, что привитые поступали раньше (на  $2,89 \pm 0,45$  день), чем не привитые (на  $4,15 \pm 0,28$  день,  $p < 0,05$ ), находились в стационаре дольше ( $6,33 \pm 0,65$  дня, не привитые —  $5,97 \pm 0,27$  дня,  $p > 0,05$ ). Клинические проявления: длительность высыпаний (у привитых  $3,44 \pm 0,47$  дней, у не привитых —  $3,82 \pm 0,24$  дней), длительность лихорадки (у привитых —  $4,33 \pm 0,73$  дней, у не привитых —  $4,39 \pm 0,32$  дней), и ее среднее максимальное значение (у привитых —  $38,49 \pm 0,19$  °С, у не привитых —  $38,86 \pm 0,13$  °С), у пациентов этих групп статистически значимо не отличались ( $p > 0,05$ ), также как и количество лейкоцитов ( $6,28 \pm 0,32 \times 10^9$ /л и  $5,89 \pm 0,47 \times 10^9$ /л соответственно), и тромбоцитов ( $171,56 \pm 13,3 \times 10^9$ /л и  $177,55 \pm 7,7 \times 10^9$ /л соответственно).

### **Выводы**

Средний возраст пациентов корью составил  $31,37 \pm 1,71$  лет. Среди госпитализированных пациентов с корью было только 4 ребенка. Средний возраст женщин ( $35,37 \pm 2,92$  года) был больше, чем у мужчин ( $28,06 \pm 1,76$  года,  $p < 0,05$ ). Пациенты до 30 лет находились в стационаре меньше, чем люди старше 40 лет. При сравнении клинических проявления кори и лабораторных данных у пациентов различного пола и возраста статистически значимых отличий выявлено не было. Привитые против кори пациенты с корью поступали раньше (на  $2,89 \pm 0,45$  день), чем не привитые (на  $4,15 \pm 0,28$  день,  $p < 0,05$ ), других статистически значимых отличий при сравнении клинических проявления кори и лабораторных данных не было обнаружено.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Корь. Информационный бюллетень ВОЗ № 286. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/ru/>. — Дата доступа: 15.05.2018.
2. Кац, С. Корь. / С. Кац // Инфекционные болезни у детей; пер. с англ.; под ред. Д. Мари. — М.: Практика, 2006. — С. 576–582.
3. Корь у детей в современных условиях / В. Н. Тимченко [и др.] // Педиатрическая фармакология. — 2012. — Т. 9, № 6. — С. 12–15.
4. Тимченко, В. Н. Инфекционные болезни у детей / В. Н. Тимченко. — СПб.: СпецЛит, 2012. — 623 с.
5. Клинико-эпидемиологическая эволюция и современная терапия кори у детей / В. Н. Тимченко [и др.] // Журнал инфектологии. — 2015. — № 7(1). — С. 39–46.

УДК 616.12-007-053.1

### ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ

*Кривицкая Л. В.*

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

#### **Введение**

Высокая распространенность заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей обуславливает актуальность прогнозирования и первичной профилактики этой патологии [3, 4]. В последние годы наряду с врожденными пороками актуализирована проблема микроструктурных изменений в сердце. В связи с широким распространением ультразвуковых методов исследования, стали распознаваться минорные аномалии сердца, которые в детском возрасте, возможно, являясь морфологической основой функциональной кардиоваскулярной патологии [1, 2].

#### **Цель**

Оценить факторы риска, сроки выявления и структуру врожденных пороков и малых аномалий сердца у новорожденных.

#### **Материал и методы исследования**

Был проведен ретроспективный анализ 100 медицинских карт стационарного пациента новорожденных детей, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных Гомельской областной детской клинической больницы.

При анализе медицинской документации учитывались пол и масса тела при рождении, акушерско-гинекологический анамнез матери, возраст и ее соматическая патология, социальный статус семьи, структура врожденных пороков и малых аномалий сердца, характер сопутствующей патологии.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Все дети анализируемой группы родились доношенными, однако в 23 % случаев (23 ребенка) новорожденные родились с массой менее 2500 г. Маловесными к сроку гестации с массой тела от 2500 до 3000 г родились 25 (25 %) детей, с массой тела от 3000 до 3500 г — 54 (54 %) ребенка, с массой тела более 3500 г — 8 (8 %) новорожденных.

Возраст матери, паритет родов имеют определенное значение как фактор риска формирования различных врожденных аномалий, в том числе и сердца.

Чаще всего врожденные пороки отмечались у матерей в возрастном диапазоне 25–35 лет — в 33 % случаев (33 ребенка), в возрасте 18–25 лет — в 20 % случаев (20 новорожденных), в возрасте до 18 лет родился лишь 1 ребенок с ВПС, в возрасте старше 35 лет отмечено 8 случаев рождения детей с врожденными пороками сердца.

Наиболее часто врожденные пороки сердца были выявлены при 2-й беременности матери — в 46 (46 %) случаях, при 3–4 беременности — в 33 (33 %) случаях. При 5 и более беременностях в 13 % случаев (13 детей) были диагностированы врожденные аномалии сердца, и лишь в 8 % случаев такая патология было выявлена при 1 беременности.