

У 44,7% (n=21) ГЦК обнаружена через  $10,6 \pm 4,3$  лет после выявления ХВГ. По шкале Чайлд-Пью у 10,9% определен цирроз класса В, у 70,3% — класса С. Только у 20 пациентов было проведено выявление альфа-фетопroteина (АФП), превышал норму у 19. Ведущая причина смерти аррозионное желудочное кровотечение и из ВРВП у 13 (20,3%). В результате истощения, раковой интоксикации с развитием ОСН смерть наступила у 43 (67,2%), с развитием асцит-перитонита у 8 (12,5%).

**Выводы:** в нашем исследовании 50% случаев ГЦК диагностировано посмертно. Прижизненными диагностическими критериями ГЦК являются выявление очагов в печени (УЗИ, КТ, МРТ) и повышение уровня АФП. Средняя выживаемость после постановки диагноза — от 7 недель до 20 месяцев. В качестве профилактики ГЦК необходимо рассматривать предупреждение инфицирования вирусами гепатитов, устранение действия гепатотоксичных веществ, вакцинацию против гепатита В, раннее выявление больных ХВГ и проведение противовирусной терапии.

#### Литература

1. Новак К.Е., Карев В.Е., Дунаева Н.В., Эсауленко Е.В. Характеристика регенераторной способности печени (по экспрессии ki-67) у больных с неблагоприятными исходами хронических вирусных гепатитов. Фундаментальные исследования. 2011. № 6. С. 138–143.
2. Novak K.E., Karev V.E., Dunaeva N.V., Esaulenko E.V. Comparative morphological characterization of viral and viral-alcoholic liver cirrhosis (based on autopsy data). Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. 2011. № 62. С. 137–140.
3. Сухорук А.А., Герасимова О.А., Эсауленко Е.В. Цирроз печени как исход хронического гепатита С. Журнал инфектологии. 2014. Т. 6. № 1. С. 67–71.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛИХОРАДКИ КУ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Смирнова А.А.*

Научный руководитель: д. м. н. Карпенко С.Ф., к. м. н. Аракельян Р.С.  
Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии  
Астраханский государственный медицинский университет

**Актуальность исследования:** в последние годы проведено много исследований, посвященных изучению клинических особенностей лихорадки Ку [1, 3]. Это вызвало у нас несомненный интерес к данному зоонозу, 95% которого регистрируется в Астраханской области [2].

**Цели исследования:** изучение современных особенностей клиники лихорадки Ку в Астраханской области.

**Материалы и методы:** нами проведено клиническое наблюдение 30 больных лихорадкой Ку, госпитализированных в Областную инфекционную клиническую больницу г. Астрахани в 2018 году.

**Результаты:** больные лихорадкой Ку в возрасте от 23 до 54 лет, среди которых было 25 мужчин и 5 женщин, поступали в стационар в среднем на  $5,0 \pm 0,5$  день болезни. Диагноз был подтвержден у 100% пациентов методом ПЦР. У всех пациентов наблюдалось среднетяжелое течение болезни. У всех без исключения больных выявлялась лихорадка от  $39^{\circ}\text{C}$  до  $41^{\circ}\text{C}$ , этот симптом, конечно, можно считать ведущим. Кроме этого, наблюдались такие симптомы как слабость у 29 человек, озноб, потливость и снижение аппетита у 27 человек, головная боль у 25 пациентов, миалгии и артралгии у 21 больного, гепатомегалия у 18 пациентов, желтуха у 6 больных. Пневмония отмечалась лишь у одного больного.

**Выводы:** клинические проявления лихорадки Ку в Астраханской области в 2018 году не имеют значительных отличий от клинической картины данного заболевания за последние 8 лет. Это требует дальнейших исследований в сравнительном аспекте с клиникой лихорадки Ку в других регионах России.

### Литература

1. Карпенко С.Ф., Галимзянов Х.М., Касимова Н.Б. и др. Клиника и некоторые показатели неспецифической резистентности при лихорадке Ку. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2010. № 6. С. 38–42.
2. Карпенко С.Ф., Галимзянов Х.М., Неталиева С.Ж., Горева О.Н. Особенности эпидемиологии и лабораторной диагностики коксиеллеза в Астраханской области. Инфекция и иммунитет. 2013. Т. 3, № 2. С. 136.
3. Карпенко С.Ф., Галимзянов Х.М., Кантемирова Б.И. и др. Особенности клинических проявлений коксиеллеза в Астраханской области. Инфекционные болезни. 2016. Т. 14, прил. № 1. С. 129.

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

Тонян С.Н., Гусаков Н.С.

6 курс, педиатрический факультет

Научный руководитель: аспирант Прийма Е.Н., ассистент Басина В.В.

Кафедра инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Актуальность исследования:** рожистое воспаление (РВ) — одно из наиболее распространённых инфекционных заболеваний кожи в мире, встречается с частотой 1,4–2,5 случая на 1000 человек [1]. На современном этапе наблюдается увеличение тяжелых форм и связанных с ними осложнений [2, 3].

**Цели исследования:** оценить клинико-лабораторные особенности течения рожистого воспаления в г. Санкт-Петербург (СПб).

**Материалы и методы:** проведён ретроспективный анализ историй болезни 52 пациентов госпитализированных в СПб ГБУЗ КИБ имени С.П. Боткина в период 2015–2017 гг. с диагнозом: рожистое воспаление. Статистическая обработка данных проводилась с использованием лицензионных пакетов программ Microsoft Excel 2007.

**Результаты:** среди пациентов выявлено 26 мужчин и 26 женщин, средний возраст которых составил  $57 \pm 18$  лет, из них 90,3% жители СПб и 9,7% области. Диагноз устанавливался на основании клинических данных. Преобладала эритематозная форма РВ — 77,0% случаев, реже всего регистрировались буллезно-геморрагическая — 2,0% и флегмонозно-буллезная — 2,0%. При поступлении в стационар пациенты наиболее часто предъявляли жалобы на фебрильную лихорадку — 26,1%, локальную болезненность — 23,9%. Менее всего беспокоили жалобы на слабость — 13,4% и головную боль — 11,5%. При осмотре у всех пациентов выявлен синдром экзантемы с различной локализацией: 63,4% нижние конечности; 25,0% лицо; 5,8% верхние конечности и 3,8% туловище. В клиническом анализе крови в 71,1% случаев отмечался выраженный лейкоцитоз  $34,8 \times 10^9/\text{л} \pm 4,9 \times 10^9/\text{л}$  (№ до  $9,0 \times 10^9/\text{л}$ ). Повышение СОЭ  $25 \pm 18$  мм/ч (№ до 15 мм/ч). СРБ  $90,53 \pm 72,28$  мг/л (№ до 0,5 мг/л). Для лечения в 74,0% случаев использовали препарат цефалоспоринового ряда — цефтриаксон.

**Выводы:** на территории СПб чаще встречалась эритематозная форма РВ (77,0% случаев). РВ одинаково страдают и мужчины и женщины, в основном старше 50 лет. Заболевание протекает тяжело с фебрильной лихорадкой, выраженным лейкоцитозом  $34,8 \times 10^9/\text{л} \pm 4,9 \times 10^9/\text{л}$ , повышением СОЭ до  $25 \pm 18$  мм/ч и СРБ до  $90,53 \pm 72,28$  мг/л. Своевременное назначение антибактериальных препаратов широкого спектра действия позволяет предотвратить развитие осложнений и добиться полного клинико-лабораторного выздоровления.

### Литература

1. Kosior E., Reich A. Evaluation of Antibiotic Treatment on the Duration of Hospitalization of Patients with Erysipelas and Bacterial Cellulitis // J. Dermatol Therapy. 2018. № 1 P. 1–8. DOI:10.1007/s13555-018-0276-8.