

УДК: 616.921.5: 616.24-002:355.218

В.І. Трихліб,

С.І. Ткачук,

К.Ю. Марущенко,

В.П. Майданюк

Українська військово-медична академія,
м.Київ

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ГОСТРІ ІНФЕКЦІЇ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ МНОЖИННОЇ АБО НЕВИЗНАЧЕНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕ- ЛЕННЯ ТА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У КИЄВІ ТА КИЇВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Ключові слова: гострі респі-
раторні захворювання, пневмонії,
військовослужбовці.

Резюме. У статті наведені результати аналізу захворюваності на гострі інфекції верхніх дихальних шляхів множинної або невизначеної локалізації у цивільного населення та військово-службовців з частин, дислокованих у Києві та Київській області. Представлені порівняльні дані по захворюваності серед двох частин в залежності від сезону року. Проаналізовані ускладнення, що розвинулись при ГРЗ у військовослужбовців і їх динаміка в багаторічному періоді спостереження.

Вступ

Гострі респіраторні інфекції (ГРІ) та грип належать до найбільш розповсюджених інфекційних захворювань як серед цивільного населення, так і військовослужбовців [1, 2]. За даними літератури найвищі показники захворюваності на гострі респіраторні захворювання реєструються серед дітей у віці до 3 років та залишаються високими до 6 років з наступним зниженням у дітей старшого віку. В подальшому високий рівень захворюваності має місце серед дітей дошкільного та шкільного віку. При цьому показники захворюваності серед дітей вище, ніж серед дорослих у 2-3,5 рази. У середньому дорослі хворіють на ГРЗ 2-3 рази на рік, а діти - до 6-10 разів на рік. При чому, діти з організованих колективів можуть формувати одну з основних груп ризику в певній місцевості, населеному пункті [3,4].

У військовослужбовців рівні захворюваності на ГРЗ щорічно перевищують всю іншу інфекційну захворюваність, а їх частка в загальній структурі інфекційної захворюваності сягає до 90-95% [5,6,7,8]. Під час епідемічних спалахів грипу та інших ГРЗ хворіє до 30% і більше військовослужбовців від числа особового складу у військовій частині. Високий рівень захворюваності особового складу, особливо призовного контингенту, можливість тяжкого перебігу хвороби, розвиток різноманітних ускладнень (пневмонія, синусити, міокардити, менінгіти та ін.), в тому числі і серйозних ускладнень, розвиток летальних випадків від них, відсутність чи недостатня ефективність засобів етіотропної терапії, імуно- та екстреної профілактики визначає актуальність грипу та інших гострих респіраторних захворювань для Збройних сил.

Відомо, що після перенесених респіраторних

захворювань можуть розвиватись вторинні імунодефіцити. Повторні випадки захворювання на респіраторні інфекції сприяють затяжному, рецидивуючому і хронічному перебігу цих захворювань, і вони є причиною хронічної бронхо-легеневої патології, хронічних тонзилітів, гайморитів, отитів, а також сприяють виникненню інфекційно-алергічної патології, захворювань нирок, пов'язаних із патологією респіраторного тракту (гломерулонефрит) і серцево-судинної системи (ревматизм тощо) [9,10]. Цьому також може сприяти і герпетична інфекція, яка активується на тлі перенесеного ГРЗ або сама може стати етіологічним фактором проявів ГРЗ [11]. Вторинні імунодефіцити в дітей (переважно у ранньому віці) зустрічаються частіше, ніж первинні (від 10 до 20% у дітей до 3 років), і маніфестують у вигляді повторних та частих ГРЗ [12].

На розповсюдження ГРЗ, грипу впливають багато факторів, зокрема щільність проживання населення, вікова характеристика населення, природні та метеорологічні фактори, особливості шляхів передачі (їх особливості), скупченість розміщення, міграція населення, рівень народжуваності, наявність і/або формування організованих колективів (у дитячих садках, школах, військових підрозділах та ін.), охоплення вакцинацією та інші. На рівень захворюваності на гострі респіраторні захворювання та грип у військовослужбовців в мирний час мають вплив різні фактори: вологість, температура, швидкість повітря, контакт із цивільним населенням в місцях дислокації частин та прибуття нового поповнення, умови розташування, характер навчального процесу, застосування біотерористичних засобів та ін. [13, 14]. Особливості військових колективів (розміщення, виконання завдань, санітарно-гігієнічні умови, ве-

ликі фізичні навантаження, психологічний стрес тощо), які призводять також до імунологічних змін, сприяють значно швидшому розповсюдженню інфекційних хвороб, ніж серед цивільного населення [15]. Відомо, що після формування колективу з числа військовослужбовців строкової служби одразу спостерігається підвищення рівня захворюваності на ряд інфекційних захворювань, в тому числі і на ГРЗ, грип.

Мета дослідження

Метою нашого дослідження було проаналізувати особливості захворюваності цивільного населення за віком на гострі інфекції верхніх дихальних шляхів множинної або невизначеної локалізації у Київській області, встановити рівень та особливості захворюваності та перебігу серед військовослужбовців у військових частинах, які розташовані у Києві та Київській області (в якій реєструється найвищий рівень захворюваності серед цивільного населення на дані захворювання), з метою подальшого вивчення впливу різноманітних факторів на рівень захворюваності серед військовослужбовців.

Матеріал і методи

Проаналізовано дані річних форм звітності № 1 "Звіт про окремі інфекції та паразитарні захворювання" за 10 років (2005 - 2014 рр.) щодо захворюваності на гострі інфекції верхніх дихальних шляхів (ГВДШ) множинної або невизначеної локалізації серед населення Київської області з урахуванням вікової характеристики; дані медичної документації медичної служби (журнали реєстрації амбулаторних хворих) у двох військових частинах, які розташовані у м. Києві та області. Проаналізовані дані історій хвороб, хворих військовослужбовців, які лікувались у НВМКЦ "ГВКГ". Статистичну обробку даних проведено за допомогою пакету Statistica 10 корпорації StatSoft.

Обговорення результатів дослідження

Встановлено, що найбільший рівень захворюваності на гострі інфекції верхніх дихальних шляхів множинної або невизначеної локалізації всього населення серед всіх областей України за останні 10 років реєструвався у м. Києві та складав у середньому 27006 на 100 тис. населення, в Київській обл. - 25404 на 100 тис., Дніпропетровській обл. - 20994,5 на 100 тис., Запорізькій обл. - 19470,15 на 100 тис., Полтавській обл. - 18988 на 100 тис., Луганській обл. - 18789,56 на 100 тис., Чернігівській обл. - 18985,1 на 100 тис., Донецькій обл. - 17488,4 на 100 тис., Львівської

обл. - 17107,16 на 100 тис. Найнижчий рівень захворюваності був в Харківській і Тернопільській обл. (відповідно, 8031,8 і 10319,17 на 100 тис.).

З урахуванням коливань рівня захворюваності, коли їх показники знаходилися в межах від 25% до 75% рівня захворюваності (Q25 - Q75) в Києві ці показники мали такі значення: від 25251,8 до 28223,8 на 100 тис., а в Київській обл. - від 21474,8 до 27534,7 на 100 тис. Це свідчить про наявність ряду чинників, які з року в рік постійно діють і сприяють найвищому рівню захворюваності. Зміни рівня захворюваності від min до max за останні 10 років були також більшими в м. Києві (від 2448,35 до 31830,03 на 100 тис.), Київській обл. (від 20151,7 до 28338,25 на 100 тис.), Луганській обл. (від 4621,1 до 21599,42 на 100 тис.), Донецькій обл. (від 6519,34 до 19850,4 на 100 тис.), Чернівецькій обл. (від 12741,62 до 23725,9 на 100 тис.), Ів.-Франківській (від 11929,63 до 21184,64 на 100 тис.), Вінницькій (від 14998,5 до 21604,4 на 100 тис.), тобто в цих регіонах в значній мірі діють і змінні фактори, які можуть призвести до значного підвищення рівня захворюваності.

Найвищі рівні захворюваності серед дорослого населення в Україні за останні 10 років спостерігалися також у м. Києві - 14014,9 (Q25 - Q75 = 12000,87; 15121,89) на 100 тис. та Київській обл. - 12122,33 (11396,73; 12756,99) на 100 тис. Найбільший рівень захворюваності серед дорослого міського населення відзначений в Чернівецькій обл.: Median = 14261,8 (Q25 - Q75 = 12118,7; 20102,8) на 100 тис., м. Києві - 14014,9 (12000,9; 15121,89) на 100 тис., Вінницькій області - 13290,8 (8886,8; 16311) на 100 тис., Полтавській обл. - 12773,38 (10523,5; 13878,3) на 100 тис., Київській обл. - 12338,1 (10754,9; 13433) на 100 тис., Львівській обл. - 12172,24 (10166,97; 16806,07) на 100 тис..

Далі в таблиці №1 представлені дані стосовно рівня захворюваності по рокам в Києві та Київській області.

Середній рівень захворюваності та показники відхилення у Київській області за 2013 - 2015 рр. (на 100 тис. населення) наступні: Mean+Std.Dev 2317,183±1068 на 100 тис. населення; min - 777,7; max - 4079,67 на 100 тис. населення; Median= 2675,97 (25%-75% = 1157,57; 3174,33) на 100 тис. населення.

Відносно співвідношення рівнів захворюваності у розрізі вікових груп у Київській області за останні роки отримано наступні дані: захворюваність серед дітей перевищувала рівень захворюваності у дорослих - у 4,8 - 9,09 разів (у віці 5 - 9 років - у 7,93 - 9,09 разів, 95530,46 - 111680,34 на 100 тис., у

Таблиця 1

Рівень захворюваності в Києві та Київській області на гострі інфекції верхніх дихальних шляхів множинної або невизначеної локалізації

Роки	Київська область	Київ	Київська область	Київ
	Все населення		Доросле населення	
2005	21441,83	18081,71	12509,59	15121,89
2006	20151,73	27875,57	11770,79	14925,5
2007	22328,02	28223,77	1797,95	1610,34
2008	21474,76	27420,24	634,14	337,35
2009	27955,11	31830,03	15979,8	17674,72
2010	27534,72	29581,43	12473,87	13935,49
2011	25979,42	26593,25	11396,73	12396,4
2012	24829,86	2448,35	11048,97	11215,9
2013	28338,25	26548,22	12769,51	12000,87
2014	26932,02	25251,84	11507,94	10972,9
Mean+Std.Dev	24696,6+3088,2	24385,4+8497,2	10188,9+4932,2	11019,14+5680,6
Me (25%-75%)	25404,6 (21474,8; 27534,7) Мін-макс (20151,7; 28338,25)	27006,7 (25251,8; 28223,8) Мін-макс (2448,35; 31830,03)	11639,4 (11048,97; 12509,59) Мін-макс (634,14; 15979,8)	12198,6 (10972,9; 14925,5) Мін-макс (337,35; 17674,72)

віці 15 - 17 років - 59895,07 - 80019,69 на 100 тис.), що видно з наступного рисунку №1.

За останні роки в більшості областей України, в тому числі і в Київській області, динаміка зміни рівня захворюваності (зі зниження на підвищення і навпаки) відбувалося переважно через рік. Сезонне збільшення рівня захворюваності спостерігалося в осінньо-зимові місяці. Максимальне підвищення рівня захворюваності реєструвалося в

жовтні-листопаді і лютому-березні. Серед всіх областей України рівень захворюваності максимуму досягав у жовтні місяці та більше за все у: Київській (2807,54 на 100 тис. населення), Дніпропетровській (2219,8 на 100 тис.), Запорізькій (2217,22 на 100 тис.), Полтавській (2058,27 на 100 тис.), Херсонській (1958,3 на 100 тис.) областях. У лютому-березні реєструвався ще більший рівень захворюваності в Київській (3825,56 на 100

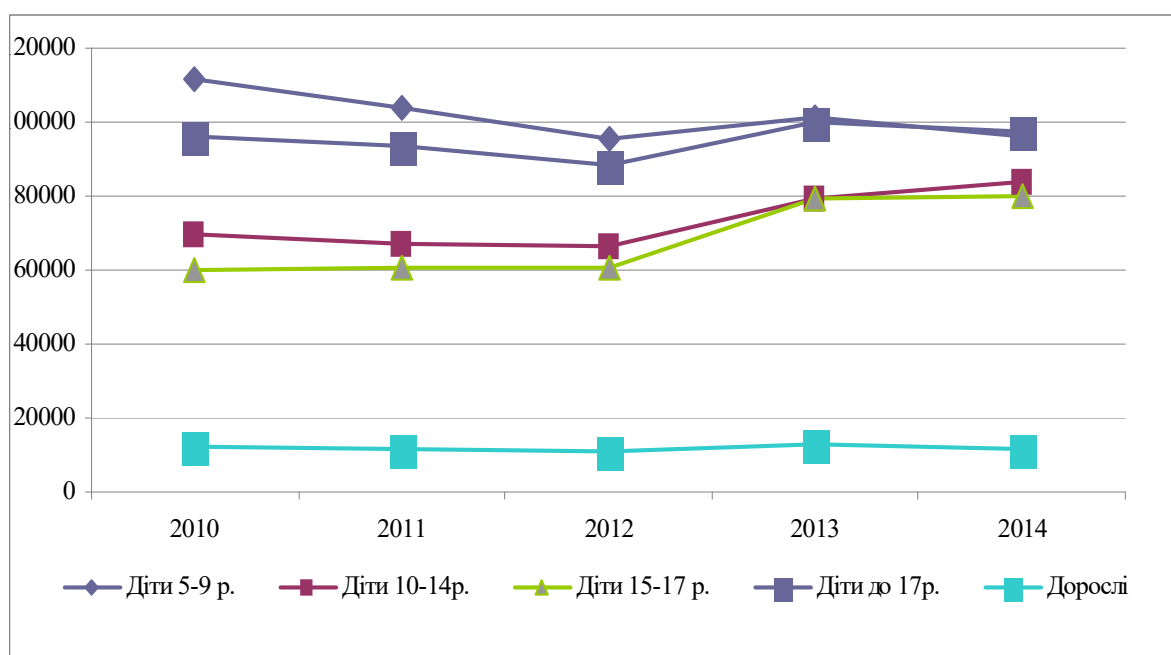


Рис.1. Середні рівні захворюваності на гострі інфекції верхніх дихальних шляхів множинної або невизначеної локалізації по рокам серед населення в Київській області в залежності від віку

тис.), Запорізькій (3013,16 на 100 тис.), Волинській (2716,42 на 100 тис.), Дніпропетровській (2779,6 на 100 тис.), Чернігівській (2767,51 на 100 тис.), Рівненській (2608,74 на 100 тис.) областях. Після підвищення рівня захворюваності спостерігалось наступне зниження з різною швидкістю по областях: довше найвищий рівень захворюваності зберігався у Полтавській, Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Чернігівській (по

квітень) і Київській областях (по травень).

Середні рівні захворюваності на гострі інфекції верхніх дихальних шляхів множинної або невизначеної локалізації серед всього цивільного населення в Київській області по місяцям за 2013 - 2015 рр. (на 100 тис. населення) представлені на наступному рисунку №2.

Динаміка середнього рівня захворюваності всього населення на гострі інфекції верхніх ди-

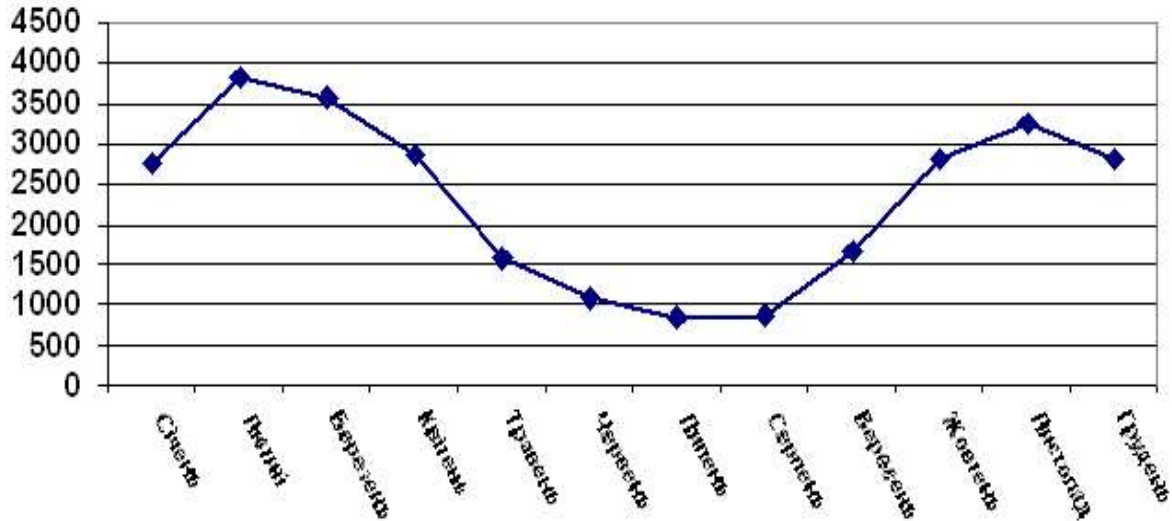


Рис.2. Середні рівні захворюваності на гострі інфекції верхніх дихальних шляхів множинної або невизначеної локалізації по місяцям серед всього цивільного населення в Київській області за 2013 - 2015 рр. (на 100 тис. населення)

хальних шляхів множинної або невизначеної локалізації в порівнянні з минулим місяцем за період 2013-2015 рр. (у %) представлена в наступній таблиці №2.

Тобто, більш швидке зниження рівня захворюваності серед всього населення по всіх областях північного Регіону України відбувалось у травні-

червні, а швидке зростання у вересні-жовтні.

Встановлено, що за період 2013 - 2015 рр. у військовій частині, яка розташовувалась в умовах, коли офіцери, військовослужбовці за контрактом проживали у місті з великим ризиком інфікування від цивільного населення, а військовослужбовці строкової служби переважно знаходилися в ме-

Таблиця 2

Динаміка середнього рівня захворюваності всього населення на гострі інфекції верхніх дихальних шляхів множинної або невизначеної локалізації в порівнянні з минулим місяцем за період 2013-2015 рр. (у %) в областях північного регіону України

	Лютий	Березень	Квітень	Травень	Червень	Липень	Серпень	Вересень	Жовтень	Листопад	Грудень
Житомирська	+ 26,96	- 2,19	- 26,01	- 49,71	- 29,98	- 13,46	+ 3,42	+ 44,6	+ 41,7	- 0,31	+ 1,45
Київська	+ 28,11	- 6,27	- 19,9	- 44,44	- 31,49	- 21,98	+ 1,31	+ 48,37	+ 40,41	+ 13,69	- 14,02
Сумська	+ 30,2	+ 17,3	- 27,08	- 44,9	- 30,41	- 18,16	- 5,04	+ 52,2	+ 31,3	- 10,5	+ 10,23
Чернігівська	+ 36,7	- 11,99	- 21,75	- 44,5	- 22,08	- 19,1	- 6,25	+ 48,86	+ 64,78	+ 2,08	+ 8,91

жах території частини, контакт із цивільним населенням тільки під час звільнень у вихідні дні, під час участі в заходах, але окремими групами до 50 осіб, із ними щоденно проводилися тренування зі стройової підготовки на плацу військової частини, військовослужбовці приймали участь у польових навчаннях на відкритій місцевості, де проживали у наметах, рівень захворюваності на хвороби, які належать до X класу, серед всіх категорій військовослужбовців по всім місяцям був значно вище, ніж серед цивільного населення в декілька разів. Середній рівень захворюваності та статистичні її відхилення серед військовослужбовців строкової служби даної частини були наступні: Median=14678,3 (25%-75% = 6702,4; 25719,45 на 100 тис. населення); Min - 1618,7; Max - 25719,45 на 100 тис. населення; серед військовослужбовців за контрактом: Median=5056,2 (25%-75% = 3611,7; 6787,3 на 100 тис. населення); Min - 1123,6; Max - 11797,8 на 100 тис. населення; серед офіцерів: Median=9424,35 (25%-75% = 4709,4; 12771,75 на 100 тис. населення); Min - 0; Max - 22105,3 на 100 тис. населення.

В іншій частині (також за даний термін), коли особовий склад постійно виконує завдання з чергування на вулиці, з підвищеним контактом із населенням, розміщується у типових спальних приміщеннях казарм, рівень захворюваності серед військовослужбовців всіх категорій, також був значно вище в декілька разів у порівнянні з цивільним населенням. Середній рівень захворюваності та статистичні її відхилення серед військовослужбовців строкової служби цієї частини були наступні: Median=10264,85 (25%-75% = 6136,35; 25469,15) на 100 тис. населення); Min - 518,13; Max - 57727,3 на 100 тис. населення; серед військовослужбовців за контрактом: Median=3139,01 (25%-75% = 1998,55; 5317,685 на 100 тис. населення); Min - 0; Max - 8988,8 на 100 тис. населення; серед офіцерів: Median=5208,3 (25%-75% = 3141,45; 7668,84 на 100 тис. населення); Min - 0; Max - 20000 на 100 тис. населення.

Рівень захворюваності серед військовослужбовців всіх категорій у першій військовій частині в більшості місяців був вище, ніж в другій.

Серед військовослужбовців з першої частини, як і серед цивільного населення, спостерігається сезонне підвищення рівня захворюваності на дані захворювання (осінньо-зимово-весняні місяці). На відміну від цивільного населення, коли в липні реєструвався найнижчий показник захворюваності, серед військовослужбовців (офіцерів, військовослужбовців за контрактом), навпаки, спостерігалось зростання рівня захворюваності.

В другій військовій частині підвищення рівня

захворюваності серед військовослужбовців строкової служби спостерігалось в березні після підвищення рівня захворюваності серед цивільного населення. У той же час, підвищення захворюваності в лютому-березні серед цивільного населення на рівень захворюваності серед офіцерів та військовослужбовців за контрактом, суттєво не вплинуло.

Серед офіцерів, так і військовослужбовців за контрактом з військової частини №1, як і серед цивільного населення спостерігалось підвищення рівня захворюваності у лютому-березні. У військовослужбовців строкової служби найбільший рівень захворюваності реєструвався з січня по березень, також підвищення рівня захворюваності спостерігалось в травні-червні (після прибуття молодого поповнення) та в інші місяці одразу після прибуття з польових виходів. Ускладнення у них на пневмонію або захворювання на позагоспітальну пневмонію частіше реєструвалося в теплу пору року - з квітня по вересень, більш за все в квітні, липні, вересні. У офіцерів, військовослужбовців за контрактом підвищення захворюваності спостерігалось у січні-березні з поступовим зниженням, наступне підвищення захворюваності поступово спостерігалось з липня місяця з максимумом з жовтня до лютого.

У військовослужбовців строкової служби з другої військової частини найбільше підвищення захворюваності спостерігалось у січні-квітні, з наступним зниженням до серпня, після якого знов спостерігалось підвищення захворюваності з максимумом у листопаді та з наступним зниженням у грудні. у березні також, як і серед цивільних, спостерігалось значне підвищення захворюваності. На відміну від першої частини, найбільше підвищення захворюваності на пневмонію у цієї категорії військовослужбовців реєструвалося в листопаді та січні місяцях. У офіцерів та військовослужбовців за контрактом із другої частини в порівнянні з першою частиною, більший рівень захворюваності спостерігався з листопада по квітень, коли в першій - з липня по лютий.

За результатами раніше проведених досліджень за допомогою імунофлюорисцентного методу, серед хворих військовослужбовців з цих частин встановлено, що найбільш типовими збудниками ГРЗ в зимовий період залишаються віруси грипу та парагрипу, у весняно-осінній - аденовірусна інфекція, в літні місяці - РС-віруси, аденовіруси та інші збудники (в ці місяці значно зростала кількість негативних результатів обстежень на грип, парагрип, аденовірус, РС-вірус). Виникнення ускладнень за місяцями року прямо залежала від виду збудника ГРЗ та сезону. Аналіз

етіологічної структури ГРЗ за місяцями року показав, що під час епідеміологічного підйому захворюваності в зимовий період частіше виявлялися збудники грипу, парагрипу та мікст-інфекції, а у весняно-літній - аденовіруси, RS-віруси та їх поєднання.

З аналізу історій хвороб, хворих військовослужбовців, які поступали на лікування до клініки інфекційних захворювань НВМКЦ "ГВКГ" встановлені наступні дані. За даними із 255 історії хвороб, у хворих на ГРЗ, які лікувались у епідсезон 2015 року, розвинулися наступні ускладнення: риносинусит - у 29,02% осіб, пневмонія - у 10,2%, міокардит - у 3,14%, токсична нефропатія - у 2,35%, отит - 1,96%, у 2,35% був супутній гострий тонзиліт. У цей період найбільша група пролікованих хворих військовослужбовців з ГРЗ (у тому числі й з частин вище вказаних) була з числа тих, які до призову проживали у Києві та Київській області - 98 (38,43%) осіб, Сумській області - 20 (7,8%) осіб, Житомирській області - 17 (6,7%), з інших областей частка хворих була від 1 (0,39%) до 14 (5,49%) хворих. У хворих із Київської області розвинулися наступні ускладнення: риносинусит - у 32 (32,65%) хворих, пневмонія - у 14 (14,3%), міокардит - у 4 (4,08%) осіб, токсична нефропатія - у 2 (2,04%), супутній гострий тонзиліт - у 2 (2,04%) хворих.

У епідсезон 2016 року (із січня по травень) у інфекційному відділенні лікувався 391 хворий з приводу ГРЗ. З числа даних госпіталізованих хворих у епідсезон 2016 року - 27,6% проживали до призову у Чернігівській області, 20% - у Київській, 15% - у Черкаській, 7,5% - у Сумській, Харківській, Житомирській, 7% - у Вінницькій, 5% - у Дніпропетровській, 1,5% - у Львівській, 1,5% - у Волинській. З анонімного опитування встановлено, що до призову з числа хворих на ГРЗ, 62,% хворіли на рік один раз, 28% - 2 рази, 9,5% - більше 2-х разів, з них 89% осіб палять. Також 23,5% осіб відмічають, що їх часто до призову турбували болі в горлі, а 22,5% відмічали факт перенесеної пневмонії в анамнезі. Військовослужбовці, які проживали в Київській області хворіли на ГРЗ: один раз - 62,5%, два рази - 25%, більше 2-х разів - 12,5%; у Чернігівській - 91%, 4,5%, 4,5%, відповідно; у Черкаській - 80%, 12%, 8%. У 70 (17,9%) перебіг ускладнився риносинуситом, у 52 (13,3%) - пневмонією, у 4 (1,02%) - міокардитом, у 1 (0,26%) - отитом, у 4 (1,02%) був супутній гострий тонзиліт. За тижнями цього року, більше всього хворих із ГРЗ, є тому числі ускладненого риносинуситом та пневмонією, надійшло на лікування з 2 по 6 тиждень. У цей період відсоток хворих з ускладненим перебігом

ГРЗ на пневмонію та риносинусит від загальної кількості хворих з ГРЗ, складав: 10,7%; 16,98% (2 тиждень), 11,1%; 25,4% (3 тиждень), 16,7%; 11,1% (4 тиждень), 18,75%; 21,88% (5 тиждень), 8,8%; 11,76% (6 тиждень). Більше всього хворих із ГРЗ, ускладненому на пневмонію та риносинусит було з числа тих військовослужбовців, котрі до призову проживали в Київській області (у 33,3% та 17,95% хворих, відповідно).

Для порівняння, у військовослужбовців строкової служби у віці 18 - 22 років, які лікувались у 2000 р., при гострих респіраторних захворюваннях розвинулися наступні ускладнення: риносинусити у 12,5% хворих, пневмонія - у 2,5%, міокардіодистрофія - у 1,25%; в той же час в 2009 р. риносинусити розвинулися вже у 16,6% хворих, пневмонія - у 5,7%, кардіоміопатія - у 8,9%.

Висновки

1. Найвищі рівні захворюваності серед дорослих та їх значні коливання в наступних областях: Київській, Дніпропетровській, Запорізькій, Луганській, Полтавській, Чернігівській.

2. Постійно високий рівень захворюваності на гострі інфекції верхніх дихальних шляхів множинної або невизначеної локалізації серед дітей (особливо у віці 15-17 років) в Київській області, може призводити до формування вторинного імунodefіциту, що, в свою чергу, буде сприяти підвищеному рівню захворюваності серед військовослужбовців строкової служби на ці інфекції та розвитку ускладненого перебігу. У зв'язку з цим слід при проведенні профілактичних заходів у військових частинах більшу увагу приділяти особам, призваним з областей де найбільший рівень захворюваності.

3. Рівень захворюваності на ГРЗ серед військовослужбовців строкової служби у військовій частині, де особовий склад значний час протягом доби займається сумісними шиккуваннями на вулиці, під час яких можливі переохолодження, а також з якими проводяться значний час заняття у приміщеннях, розміщуються в спальних приміщеннях по 6-8 осіб, але з меншою розрахунковою квадратурою на особу (перша частина), більше в порівнянні з іншою частиною (друга частина), де особовий склад значний час знаходиться на чергуваннях дрібними групами як у приміщеннях, так і переважно на вулиці, у спальних приміщеннях розташовується в казармах типового зразка. У офіцерів та військовослужбовців за контрактом із другої частини в порівнянні з першою частиною, більший рівень захворюваності спостерігався з листопада по квітень, коли в першій - з липня по лютий.

4. У першій частині у військовослужбовців строкової служби ускладнення ГРЗ на пневмонію, або захворювання на позагоспітальну пневмонію частіше рееструвалося в теплу пору року - з квітня по вересень (більш за все в квітні, липні, вересні). У другій частині пневмонія частіше рееструвалася в листопаді та січні місяцях. На це слід звертати увагу при проведенні організаційних заходів з метою профілактики ГРЗ, пневмоній (на дезінфекцію в приміщеннях, ефективно провітрювання, очищення повітря в спальних приміщеннях та ін.) та при проведенні етіотропної терапії.

5. Здійснення призову на військову службу на фоні підвищеної захворюваності серед цивільного населення, або одразу після нього може сприяти зростанню рівня захворюваності серед призовників та більш ускладненому перебігу.

6. З 2000 р. по теперішній час спостерігається поступове зростання ускладнених форм ГРЗ у військовослужбовців строкової служби, що слід враховувати при плануванні організації медичного забезпечення та при проведенні профілактичних заходів.

Література. 1. Zheng Jie Marc Ho. Emerging and re-emerging infectious diseases: challenges and opportunities for militaries / Zheng Jie Marc Ho, Yi Fu Jeff Hwang, Jian Ming Vernon Lee // *Mil Med Res.* - 2014. - Vol.1. - P. 21. 2. Heo J.Y. A Clinical Study on Acute Viral Lower Respiratory Tract Infection by in a Korean Military Hospital / J.Y. Heo, K.W. Choe, H.K. Kim, Y.S. Shim, S.J. Kim, J.E. Lee. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <https://idsa.confex.com/idsa/2013/webprogram/Paper41771.html> - Назва з екрану. 3. Сезонные заболевания. Зима / О.В. Ананьева [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://www.e-reading.club/bookreader.php/87035/Anan'eva_-_Sezonnye_zabolevaniya._Zima.html - Назва з екрану. 4. Учайкин В.Ф. Диагностика, лечение и профилактика гриппа и острых респираторных заболеваний у детей. Пособие для врачей. М., 2001. - 16 с. 5. Бондаренко А.Л. Особенности клинического течения гриппа в эпидемический сезон 2009-2010 гг. в Кировской области / А.Л. Бондаренко, Е.Г. Тихомолова, М.В. Савиных, Н.А. Савиных [и др.] // *Вятский медицинский вестник.* - 2012. - №4. - С.3-5. 6. Кареткина Г.Н. Острые респираторные вирусные инфекции: принципы и практика лечения и профилактики / Г.Н. Кареткина // *Поликлиника* - 2014. - №5(1). - С.86-90. 7. Савенкова М.С. Возможности противовирусной и иммуномодулирующей терапии в лечении гриппа, ОРВИ, герпес-вирусных инфекций / М.С. Савенкова, М.Л. Савенков, А.А. Афанасьева, Н.А. Абрамова // *Пульмонология* - 2014. - № 5. - с.83-93. 8. Сисин Е.И. Возбудители острых респираторных вирусных инфекций, гриппа // *Сестринское дело.* - 2014. - №2. - С.45-48. 9. Гарашенко М.В. Новые технологии в медикаментозной профилактике острых респираторных заболеваний у детей школьного возраста в условиях мегаполиса: автореф. дис. канд. мед. наук: спец. 14.00.09. / Гарашенко Марина Валерьевна; Госуд. мед. универс. Федерального агентства по

здравоохранению и социальному развитию. - М., 2007. - 76с. 10. Шамшева О.В. Опыт применения различных курсов препарата инозин пранобекс в терапии ОРВИ и гриппа у детей / О.В. Шамшева, В.П. Бойцов // *Лечащий врач* - 2013. - № 8. - С.92-94. 11. Бокова А.Г. Герпетические инфекции как ведущий фактор формирования вторичных иммунодефицитов в детском возрасте / А.Г. Бокова // *Эпидемиология и инфекционные болезни.* - 2007. - №6. - С.34-38. 12. Учайкин В.Ф. Детские инфекции / В.Ф. Учайкин, В.К. Тагоченко, Т.И. Гарашенко // *Детские инфекции.* - 2005. - Т.5. - №1. - С.65-67. 13. Liu P.Y. Outbreak of influenza A and B among military recruits: evidence from viral culture and polymerase chain reaction / P.Y. Liu, L.C. Wang, Y.H. Lin [et al.] // *J Microbiol Immunol Infect.* - 2009. - Vol.42(2). - P.114-21. 14. Zheng Jie Marc Ho. Emerging and re-emerging infectious diseases: challenges and opportunities for militaries / Zheng Jie Marc Ho, Yi Fu Jeff Hwang, Jian Ming Vernon Lee // *Mil Med Res.* - 2014. - Vol.1. - P.21. 15. Seah S.G. Viral agents responsible for febrile respiratory illnesses among military recruits training in tropical Singapore/ S.G. Seah, E.A. Lim, S. Kok-Yong [et al.] // *J Clin Virol.* - 2010. - Vol.47(3). - P.289-92.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТРЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ МНОЖЕСТВЕННОЙ ИЛИ НЕОПРЕДЕЛЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ И ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В КИЕВЕ И КИЕВСКОЙ ОБЛАСТИ

*В.И. Трихлеб, С.И. Ткачук, Е.Ю. Марущенко,
В.П. Майданюк*

Резюме. В статье приведены результаты анализа заболеваемости острыми инфекциями верхних дыхательных путей множественной или неопределенной локализации у гражданского населения и военнослужащих из частей, дислоцированных в Киевской области. Представлены сравнительные данные по заболеваемости среди двух частей в зависимости от сезона года. Проанализированы осложнения, развивающиеся при ОРЗ и их динамика в многолетнем периоде наблюдения.

Ключевые слова: острые респираторные заболевания, пневмонии, военнослужащие

INCIDENCE OF THE DISEASES THAT BELONG TO THE X-CLASS IN MILITARIES FROM LARGE MILITARY UNITS, DISLOCATED IN KYIV REGION

*V.I. Trykhlіb, S.I. Tkachuk, K.Y. Marushchenko,
V.P. Maidaniuk*

Abstract. The article illustrates results of the analysis of incidence of the diseases that belong to the X-class in militaries from large military units (with number of militaries reaching approximately 1 thousand people), dislocated in Kyiv region.

Key words: acute respiratory diseases, pneumonia, militaries.

Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv

Clin. and experim. pathol. - 2016. - Vol.15, №2 (56). ч.2. - P.80-86.

Надійшла до редакції 11.05.2016

Рецензент – проф. А.М. Сокол

© В.И. Трихлеб, С.И. Ткачук, Е.Ю. Марущенко, В.П. Майданюк, 2016