

Трихліб Володимир Іванович<sup>1</sup>, Ткачук Степан Іванович<sup>2</sup>,  
Майданюк Володимир Павлович<sup>3</sup>

## **ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У ЗОНІ АТО**

<sup>1</sup>Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна,

<sup>2</sup>Центральний військово-медичний клінічний центр Західного  
регіону, м. Львів, Україна,

<sup>3</sup>Центральний військово-медичний клінічний центр Південного  
Регіону, м. Одеса, Україна

*Trykhlіb Volodymyr Ivanovich<sup>1</sup>, Tkachuk Stepan Ivanovich<sup>2</sup>,  
Maidaniuk Volodymyr Pavlovich<sup>3</sup>*

## **INFECTIOUS DISEASES AMONG MILITARIES IN ATO**

<sup>1</sup>*Ukrainian Military-Medical Academy, Kyiv, Ukraine,*

<sup>2</sup>*Main Military-Medical Clinical Centre of West region,  
Lviv, Ukraine,*

<sup>3</sup>*Main Military-Medical Clinical Center of the Southern  
Region, Odesa, Ukraine*

*E-mail: [tryhleb\\_2005@voliacable.com](mailto:tryhleb_2005@voliacable.com); Trykhlіb V. I.*

**Актуальність.** Під час військових конфліктів спостерігається збільшення інфекційної захворюваності, що обумовлено рядом причин: внаслідок вживання інфікованої води (холери, черевного тифу, дизентерії, гострих кишкових інфекцій), у зв'язку з відсутністю вакцинації (гострих респіраторних захворювань, ВІЛ-інфекції, туберкульозу, малярії, кору, дифтерії, поліомієліту, правцю) та ін. Прикладами цього є наступні дані: у 1958р. під час війни в Ливані 48% військовослужбовців США в Бейруті захворіло на дизентерію, під час війни у В'єтнамі – 43% особового складу захворіло на діарейні інфекції; під час війни в Єгипті у 1975р. 80% контингенту ВМС США перехворіло також на дизентерію, а в 1980 р. також під час війни в цій країні перехворіло аж до 93%

на діарейні інфекції. В період війни в Афганістані санітарні втрати від інфекційних захворювань склали від 45,2 % до 67,8 %. У структурі інфекційних хворих провідне місце займав вірусний гепатит (від 40,6 % до 51,2 %), гострі кишкові інфекції – від 14,6 % до 20,2 %, черевний тиф та паратифи А і В – від 9,6 % до 26,9 %, малярія – 2,7 - 5,0 %, амебіаз – 3,3 – 11,1 %. Серед польських військовослужбовців під час війни в Іраку (2003-2004 рр.), Афганістані (2003-2005, 2009, 2010 гг.) гострі респіраторні захворювання були найбільш поширеними.

Ріст інфекційної захворюваності під час війни відбувається внаслідок збільшення міграції населення, розповсюдження переносників захворювань, погіршення екології, погіршення роботи органів охорони здоров'я, недостатності медичного персоналу, діагностичного обладнання, погіршення забезпечення медикаментами, великим фізичним навантаженням, проблемам у забезпеченні водою, продуктами харчування, розміщенні особового складу, екстремальними температурами повітря, пилу, диму від пожеж, шкідливих викидів від ґрунту при вибухах, незадовільних санітарно-гігієнічних умов та ін.

**Мета роботи.** Встановити структуру інфекційних хворих військовослужбовців, які звертались та лікувались в зоні АТО.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз журналів реєстрації хворих, які велись лікарсько-сестринськими бригадами, журналів реєстрації амбулаторних хворих та 392 історій хвороб мобільного госпіталю, який проводив забезпечення надання медичної допомоги військовослужбовцям із зони АТО.

**Результати дослідження.** Встановлено, що в структурі інфекційних хворих військовослужбовців, які знаходились на передових межах зони АТО та звертались до лікарсько-сестринських бригад переважали хворі на гострі респіраторні захворювання, які мали клінічні прояви ринофаринготрахеобронхіту – 36 %, хворі з бронхітом – 33 %, 3

% хворих звертались за допомогою з приводу гострого ларингіту, 8 % – ларинготрахеїту, 9 % – трахеїту, 2 % – пневмонії, 2 % – гострого тонзиліту, 7 % – кон'юнктивіту. В тилу зони АТО кількість хворих, які звертались з приводу гострого ринофаринготрахеобронхіту була більша і складала 81 % всіх інфекційних хворих, 5 % лікували гострий тонзиліт, по 1 % хворих звертались з приводу риніту, фарингіту, ларингіту, трахеїту, 9 % звертались з приводу гострого бронхіту, пневмонії, кон'юнктивіту, харчової токсикоінфекції.

Частка інфекційних хворих від всіх хворих та поранених в госпіталі за період з червня по грудень 2015 р. була 35,2 %. У госпітальному відділенні мобільного госпіталю лікувались з приводу наступних інфекційних захворювань (% від всіх хворих, які лікувались в госпіталі): гострих респіраторних захворювань (12,2 %), гострого бронхіту (9,4 %), гострого тонзиліту (3,32 %), гострого гастроентероколіту (6,38 %), харчової токсикоінфекції (0,5 %), синуситу (3,32 %). Структура інфекційних захворювань була наступною: гострі респіраторні захворювання – 34,78 %, гострий бронхіт – 28,8 %, гострий тонзиліт – 9,4 %, гострий гастроентероколіт – 18,12 %, харчова токсикоінфекція – 1,45 %.

З приводу ГРЗ хворі лікувались переважно у липні, жовтні, грудні. Діагноз був встановлений за клініко-рентгенологічними та лабораторними даними. Надходили хворі переважно середньої тяжкості. Середній термін лікування хворих був:  $Me=5$  дн ( $Q_{25}=3$ ,  $Q_{75}=7$ ),  $min=2$ ,  $max=9$  дн. Рівень лейкоцитів у цих хворих був  $Me=6,5 \times 10^9/л$  ( $Q_{25}=4,8$ ,  $Q_{75}=8,2$ ),  $min=3,4 \times 10^9/л$ ,  $max=12,4 \times 10^9/л$ . Лейкоцитоз був зареєстрований у 9,3% хворих. Хворі отримували симптоматичне лікування, крім тих у кого був лейкоцитоз. Ці хворі отримували антибактеріальну терапію (цефтріаксон, макроліди). Хворі з гострим бронхітом надходили на лікування у листопаді-грудні. Середній термін лікування хворих з гострим бронхітом був:  $Me=6$  дн ( $Q_{25}=4$ ,  $Q_{75}=7$ ),  $min=2$ ,

max=13 дн. У всіх хворих діагноз був встановлений на підставі клініко-рентгенологічних даних. У 11,5 % хворих був виявлений лейкоцитоз. В загальному аналізі крові рівень лейкоцитів був  $Me=7,56 \times 10^9/\text{л}$  ( $Q_{25}=5,73$ ,  $Q_{75}=8,87$ ),  $min=4 \times 10^9/\text{л}$ ,  $max=13,8 \times 10^9/\text{л}$ . В лікуванні переважна більшість хворих отримувала цефтріаксон. Хворі з пневмонією направлялись одразу після встановлення діагнозу або в цивільну лікарню, або до гарнізонного госпіталю. В мобільному госпіталі хворі з цією патологією могли затриматись на добу з подальшим направленням у вище зазначені медичні заклади. Хворі з гострим гастроентероколітом переважно надходили у вересні. Перебіг у більшості був легкий, термін лікування був  $Me=3,5$  дн ( $Q_{25}=3$ ,  $Q_{75}=5$ ),  $min=2$ ,  $max=9$  дн. У 22,7% хворих реєструвався лейкоцитоз, рівень лейкоцитів був  $Me=6,55 \times 10^9/\text{л}$  ( $Q_{25}=5,0$ ,  $Q_{75}=9,2$ ),  $min=3,9 \times 10^9/\text{л}$ ,  $max=11,9 \times 10^9/\text{л}$ . При бактеріологічному обстеженні патогенна флора не виявлена.

**Висновки.** Хворі з ГРЗ, гострим бронхітом переважно надходили на лікування у мобільний госпіталь у холодну пору року та мали середньотяжкий перебіг. Середній термін лікування у більшості хворих був до тижня. З легкими формами ГРЗ, бронхітів лікувались на місці розташування військових частин у МП. Хворі з пневмонією направлялись одразу на наступні етапи лікування (в цивільні лікарні, військові гарнізонні або центральні госпіталі).