

А.М. Уманцева<sup>1</sup>, Р.С. Аракельян<sup>2</sup>, Д.С. Адамова<sup>2</sup>

## Эпидемиологические аспекты заболеваемости острой респираторной вирусной инфекцией в станице Полтавская Красноармейского района Краснодарского края в эпидемиологический сезон 2018–2019 гг.

<sup>1</sup>Красноармейская центральная районная больница, Астрахань

<sup>2</sup>Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань

**Резюме.** Представлены результаты заболеваемости населения острой респираторной вирусной инфекцией в станице Полтавская Красноармейского района Краснодарского края в эпидемиологическом сезоне (декабрь 2018 – март 2019 г.). Под наблюдением находилось 120 человек в возрасте от 18 до 79 лет, обратившихся за медицинской помощью к участковому терапевту в данном временном диапазоне с жалобами на повышение температуры тела, слабость, головную боль, кашель, нарушение сна, боль в горле при глотании, боль в грудной клетке, заложенность носа и осиплость голоса. Всем обратившимся был выставлен диагноз: «Острая респираторная вирусная инфекция». Во всех случаях диагностика основывалась на сборе жалоб, анамнеза, данных физикального обследования, клинического анализа крови с лейкоцитарной формулой и общего анализа мочи. Установлено, что температура тела пациентов при адекватно назначенной терапии и выполнении всех назначенных рекомендаций держалась от трех до пяти дней от начала лечения, за редким случаем – до семи дней. Длительность заболевания и число дней нетрудоспособности при стационарном лечении чаще всего составляли от 10 до 15, при амбулаторном лечении – 5–10. В редких случаях, длительность заболевания и нахождения на лечении составляла несколько дней. При лечении острой респираторной вирусной инфекции применялись следующие препараты: тамифлю, номидес, инфлюцеил, ингавирин, кагоцел и эргоферон.

**Ключевые слова:** острые респираторно-вирусные инфекции, заложенность носа, гиперемия, кашель, першение в горле, воздушно-капельный путь, головная боль, повышение температуры тела, инфекции верхних дыхательных путей.

**Введение.** В последние десятилетия в Астраханской области обострилась ситуация по так называемым сезонным заболеваниям, регистрируемым как в холодное (острая респираторная вирусная инфекция – ОРВИ, корь, ветряная оспа и т. д.), так и в теплое время года (кишечные инфекции, риккетсиозные и трансмиссивные заболевания) [1–3, 5, 6, 9].

ОРВИ представляют собой группу острых вирусных заболеваний, передающихся воздушно-капельным путем и характеризующихся катаральным воспалением верхних дыхательных путей с симптомами инфекционного токсикоза. ОРВИ – самая распространенная группа инфекционных болезней [7]. ОРВИ и грипп в структуре инфекционной патологии занимают первое место как по количеству заболевших, так и значительному экономическому ущербу [3].

ОРВИ остаются наиболее актуальной проблемой, что определяется их распространенностью и неизменно высоким уровнем социально-экономических потерь в разных странах. Вирусы как причина ОРВИ являются облигатными внутриклеточными паразитами. Источником возбудителей инфекции является только человек – больной или вирусоноситель. Передача вируса от человека к человеку происходит главным образом воздушно-капельным путем; возможно также заражение через предметы обихода (через по-

суду, полотенца, игрушки). ОРВИ регистрируются во всех странах мира, чаще в средних широтах. Вирусная инфекция провоцирует поражение различных отделов респираторного тракта. Помимо общих симптомов интоксикации, типичными проявлениями ОРВИ являются признаки поражения верхних дыхательных путей, острого бронхита. В дебюте заболевания наблюдаются сильная утомляемость, головная боль, при гриппе температура тела может достигать 40°C, характерны ломящие боли в мышцах и суставах, покраснение конъюнктивы глаз, озноб, заложенность носа, сухость и першение в горле [8].

ОРВИ является самым частым заболеванием, встречающимся вне зависимости от возраста, места проживания и социального статуса человека. Более 90% людей не менее одного раза в течение года переносят так называемое «простудное» заболевание. На долю ОРВИ в Российской Федерации приходится около 93% всей инфекционной патологии. Мировая практика свидетельствует о том, что, как минимум, каждый третий человек ежегодно в мире переносит ОРВИ или грипп. Данные, представленные Всемирной организацией здравоохранения, свидетельствуют о том, что каждый год в мире ОРВИ и гриппом болеют до 500 млн человек, из которых 2 млн умирают от этих инфекций и их осложнений [6].

Профилактика ОРВИ остается серьезной проблемой здравоохранения большинства стран ввиду исключительно высокого уровня заболеваемости. Всплески числа инфицированных и заболевших ОРВИ обычно носят характер сезонных эпидемий, что приводит к значительным экономическим потерям. Высокий уровень заболеваемости ОРВИ связан с исключительной легкостью распространения вирусов в «скупенных» коллективах людей (на работе, в транспорте, внутри семьи и т. д.) и практически полным отсутствием возможностей профилактики распространения вирусов через воздух. В наибольшей степени подвержены сезонной заболеваемости ОРВИ и развитию инфекционных и соматических осложнений лица из так называемых групп риска: дети, пожилые, больные, страдающие различными видами иммунодефицитов, бронхолегочными заболеваниями, болезнями почек, сахарным диабетом, раком, гемофилией и др. [4].

**Цель исследования.** Проанализировать эпидемиологическую ситуацию заболеваемости населения ОРВИ в станице Полтавская Красноармейского района Краснодарского края в эпидемиологический сезон 2018–2019 гг.

**Материалы и методы.** Работа проводилась на базе Красноармейской центральной районной больницы с декабря 2018 г. по март 2019 г. Под наблюдением находилось 120 человек, из них 66 мужчин и 54 женщины в возрасте от 18 до 79 лет, обратившихся за медицинской помощью к участковому терапевту в данной промежуток времени. Наибольшее число (61,7%) обратившихся за медицинской помощью отмечалось в феврале – марте. В эти месяцы к специалистам на прием ежедневно обращались по 3–7 человек с жалобами на высокую температуру тела, слабость, головную боль и заложенность носа. На основании жалоб и данных клинической картины всем пациентам выставлен диагноз: «Острая респираторная вирусная инфекция».

Статистическая обработка результатов исследования проведена с помощью программы Microsoft Excel 2010 и Statistica 10,0, с применением методов вариационной статистики и оценки достоверности различий количественных показателей.

**Результаты и их обсуждение.** Установлено, что из 120 заболевших на долю студентов высших учебных заведений приходилось 14,9%, на долю занятых на производстве – 56,7%, на долю пенсионеров – 16,7% и на долю безработных – 11,7%. Вредные привычки, в частности курение, выявлено у 36,7% больных. Все лица, обратившиеся за медицинской помощью, проживали на территории станицы Полтавская Красноармейского района Краснодарского края.

При обращении за медицинской помощью 81,7% заболевших предъявляли жалобы на повышение температуры тела, 79,2% – на слабость, 60% – на головную боль, 91,7% – на кашель, 50,8% – на нарушение

сна, 72,5% – на боль в горле при глотании, 80% – на боль в грудной клетке, 55% – на заложенность носа и 17,5% – на осиплость голоса.

Температура тела пациентов при адекватно назначенной терапии и выполнении всех назначенных рекомендаций держалась от трех до пяти дней от начала лечения, за редким случаем до семи дней. У одного пациента в виде осложнения развился правосторонний плеврит. Пациент сразу же был направлен на госпитализацию в центральную районную больницу в терапевтическое отделение.

Диагностика основывалась на сборе жалоб, анамнеза, данных физикального обследования, клинического анализа крови с лейкоцитарной формулой. При этом для неосложненного течения были характерны нормоцитоз или лейкопения, нейтропения, эозинопения, относительный лимфо- и моноцитоз; при бактериальных осложнениях нарастал лейкоцитоз, палочкоядерный нейтрофилез, увеличивалась скорость оседания эритроцитов (СОЭ). При интерстициальном вирусном поражении легких наблюдалась лейкопения, нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом, анемия и тромбоцитопения. Общий анализа мочи при неосложненном течении ОРВИ был в норме. При выраженной лихорадке и интоксикационном синдроме наблюдалось увеличение удельного веса мочи (плотности), транзиторная невыраженная лейкоцитурия, протеинурия и цилиндрурия. Специфическая лабораторная диагностика в амбулаторных условиях не проводилась.

Длительность заболевания и стационарного лечения чаще всего составляла от 10 до 15 дней – 48,3%. Амбулаторное лечение составляло 5–10 дней – 35,8%, в редких случаях, длительность заболевания и нахождения на лечении составляла несколько дней – 15,8%.

Перед началом медикаментозного лечения всем больным выполнялся общий анализ крови. При этом у 95,8% больных отмечались лейкоцитоз и повышенное СОЭ, у 37,5% – анемия, у 14,2% – эозинофилия.

При лечении ОРВИ в 29,2% случаев применяли тамифлю, в 15,8% случаев – номидес, инфлюцеил, ингавирин, кагоцел и эргоферон.

### Выводы

1. В 61,7% случаев заболевшие обращались за медицинской помощью в феврале – марте 2019 г., что связано с неблагоприятными погодными условиями и холодным временем года.

2. Заболеванию в равной степени подвержены лица всех возрастов и специальностей.

3. Клиническая картина заболевания была идентична описанию ОРВИ в отечественной и зарубежной литературе.

### Литература

1. Аракельян, Р.С. Влияние климато-социальных факторов на распространение малярии в Астраханской области / Р.С. Аракельян [и др.] // Пест-Менеджмент. – 2014. – № 2 (90). – С. 10–13.

2. Бедлинская, Н.Р. Клинические особенности течения Астраханской риккетсиозной лихорадки в экзантематозном периоде в зависимости от возраста / Н.Р. Бедлинская // Архивъ внутренней медицины. – 2012. – № 3 (5). – С. 27–28.
3. Карпенко, С.Ф. Клиника и показатели неспецифической резистентности при лихорадке Ку / С.Ф. Карпенко [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2010. – № 6. – С. 38–42.
4. Кинев, М.Ю. Ретроспективный анализ заболеваемости гриппом и ОРВИ в Российской Федерации за период с 2000 по 2012 г. / М.Ю. Кинев [и др.] // Вестн. Уральской мед. акад. науки. – 2014. – № 1 (47). – С. 5–10.
5. Мирекина, Е.В. Сравнительная клиническая характеристика больных Крымской геморрагической лихорадкой со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания в Астраханской области / Е.В. Мирекина, Х.М. Галимзянов, Н.Р. Бедлинская // Пест-Менеджмент. – 2016. – № 3 (99). – С. 19–23.
6. Николаевич, П.Н. Заболеваемость гриппом и ОРВИ на территории Краснодарского края / П.Н. Николаевич [и др.] // Инфекция и иммунитет. – 2017. – Прилож. – С. 573.
7. Попова, Е. ОРВИ и загрязнение окружающей среды / Е. Попова [и др.] // Врач. – 2011. – № 4. – С. 39–43.
8. Смагул, М.А. Надзор за гриппом и острыми респираторными инфекциями в Казахстане / М.А. Смагул [и др.] // Медицина (Алматы). – 2018. – № 8 (194). – С. 25–31.
9. Черенов, И.В. Современные аспекты клинических проявлений Крымской геморрагической лихорадки / И.В. Черенов [и др.] // Инфекционные болезни. – 2005. – Т. 3, № 2. – С. 86–90.

A.M. Umantseva, R.S. Arakelyan, D.S. Adamova

**Epidemiological aspects of the incidence of acute respiratory viral infection in the village of Poltava in the Krasnoarmeysky district of the Krasnodar Territory in the epidemiological season of 2018–2019**

*Abstract.* The results of the incidence of acute respiratory viral infection in the village of Poltava in the Krasnoarmeysky district of the Krasnodar Territory in the epidemiological season (December 2018 – March 2019) are presented. There were 120 people under the supervision of 18 to 79 years of age who sought medical help from a local GP in this time range with complaints of fever, weakness, headache, cough, sleep disturbance, sore throat when swallowing, chest pain cage, nasal congestion and hoarseness of voice. All applicants were diagnosed with Acute Respiratory Viral Infection. In all cases, the diagnosis was based on the collection of complaints, anamnesis, physical examination data, a clinical blood test with a white blood cell count and a general urinalysis. It was established that the body temperature of patients with adequately prescribed therapy and the implementation of all the prescribed recommendations lasted from three to five days from the start of treatment, in rare cases up to seven days. The duration of the disease and the number of days of disability during inpatient treatment most often ranged from 10 to 15, with outpatient treatment – 5–10. In rare cases, the duration of the disease and treatment was several days. In the treatment of acute respiratory viral infection, the following drugs were used: Tamiflu, Nomides, Influceil, Ingavirin, Kagocel and Ergoferon.

**Key words:** acute respiratory viral infections, nasal congestion, hyperemia, cough, sore throat, airborne droplet, headache, fever, upper respiratory tract infection..

Контактный телефон: 8-927-281-27-86; e-mail: rudolf\_astrakhan@rambler.ru