

©Н. О. Гевкалюк

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГРВІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГРВІ. Проведений нами моніторинг поширеності гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей Тернопільщини підтвердив дані літератури про значну поширеність респіраторної вірусної інфекції серед дитячого населення. Вивчення медико-соціальних факторів у дітей різних вікових періодів показали їх вплив на важкість перебігу захворювання, особливості клінічних проявів, в тому числі катарального стоматиту, та частоту виникнення ускладнень.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОРВИ. Проведенный нами мониторинг распространенности острых респираторных вирусных инфекций у детей Тернопольщины подтвердил данные литературы о значительной распространенности респираторной вирусной инфекции среди детского населения. Изучение медико-социальных факторов у детей разных возрастных периодов показал их влияние на тяжесть течения заболевания, особенности клинических проявлений, в том числе катарального стоматита, и частоту возникновения осложнений.

EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH OF CHILDREN WITH ARVI. Carried out by us monitor the prevalence of acute respiratory infections in children of Ternopil region literature data confirmed the high prevalence of respiratory viral infections among children. The study of medical and social factors in children of different age periods showed their effect on the severity of the disease, clinical manifestations, including catarrhal stomatitis, and the incidence of complications.

Ключові слова: ГРВІ, епідеміологія, діти.

Ключевые слова: ОРВИ, эпидемиология, дети.

Key words: ARVI, epidemiology, children.

ВСТУП. Інфекційні захворювання займають ведуче місце в рейтингу захворюваності людей у всьому світі, що обумовлено їх широким розповсюдженням, поліорганністю уражень, несприятливими наслідками. Інфекційні захворювання протягом багатьох століть були і залишаються найбільш небезпечними для людського організму із-за їх здатності втягнути в процес велику кількість здорових людей за короткий період [5, 6, 13, 21, 25].

Мета дослідження: провести моніторинг поширеності гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) у дітей Тернопільщини, охарактеризувати клінічні особливості різних форм перебігу ГРВІ з проявами в порожнині рота у дітей різних вікових періодів, вивчити медико-соціальні фактори ризику, що впливають на важкість перебігу захворювання та частоту виникнення ускладнень.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Джерелом інформації для нас про захворюваність дітей Тернопільщини служили матеріали звертань хворих на ГРВІ дітей в обласну дитячу клінічну лікарню м.Тернопіль.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Нами встановлено, що захворюваність дітей на ГРВІ, грип знаходилась в межах 71,4–78,5 на 1 тис. дитячого населення. Друге місце посідала вітряна віспа, показник захворюваності нею становить 13,2–21,0 на 1 тис. дітей, причому 3/4 випадків вказаного захворювання приходиться на дітей перших семи років життя. За частотою захворювань ГРВІ серед дитячого населення випереджає краснуху та епідемічний паротит (8,40 та 3,20 випадків відповідно).

В структурі основних інфекційних вірусних захворювань, з приводу яких пацієнти звертаються за спеціалізованою допомогою, найбільша питома вага (75,14 %) приходиться на гострі респіраторні вірусні

інфекції. Представляють інтерес дані про тривалість захворювання на ГРВІ. За даними викопіровки із медичних карт стаціонарного хворого, середня тривалість ГРВІ складає в середньому 7,6 днів. Рівень захворюваності у дітей шкільного віку порівняно з дошкільнятами нижчий в 2,3 рази.

Сприйнятливості дітей різних вікових груп до грипу, парагрипу, респіраторно-синтиціальної, риновірусної, аденовірусної інфекцій неоднакова. Найбільша сприйнятливості відмічається у дітей віком від 6 міс. до 3 років [31, 35, 41]. Причому, найвища захворюваність спостерігається серед дітей, що відвідують дитячі дошкільні заклади (79,3 %), що вказує на контагіозність даного захворювання.

Діти перших місяців життя хворіють рідко, оскільки перебувають у відносній ізоляції і багато з них зберігають пасивний імунітет, переданий від матері трансплацентарно [18, 20, 30]. Проте і грудні діти можуть хворіти на ГРВІ, якщо вроджений імунітет виявився ненапруженим або повністю відсутнім [30, 50].

Що стосується важкості перебігу захворювання, то у дітей першого півріччя життя лише у 3,97 % випадків спостерігався важкий перебіг грипу, що можна пояснити добре вираженим пасивним неспецифічним імунітетом, переданим від матері. У дітей першого року життя частіше, ніж в інші вікові періоди виникає важка форма захворювання. У цієї групи обстежених у 23,7 % випадків виникали ускладнення у вигляді стенозуючого ларинготрахеобронхіту (11,3 % випадків), бронхопневмоній (9,4 % випадків), ураження нирок (4,9 % випадків). Діти першого року життя склали 26,49 % від всіх обстежених нами.

Для дітей наступних вікових груп (1–2 та 3–5 років) є характерною середньо-важка форма грипу, причо-

му, перебіг його дещо важчий, ніж у дітей другого півріччя життя. Слід відмітити, що вікова категорія від 1 до 3 років серед числа обстежених нами дітей була особливо великою, доля їх складала 60,17 % від всіх випадків ГРВІ.

Найбільша частота виникнення та перебіг ГРВІ у важкій формі у дітей 1–2 років пов'язані із різким зниженням всіх показників неспецифічної та специфічної імунологічної реактивності, що виникають навіть у здорових дітей цього віку [3, 7]. Важливе значення має також висока сприйнятливості дітей 1–2 років до вірусів, зумовлена морфологічними особливостями СОПР, прорізування зубів, іншими факторами [4, 8, 9, 14, 19].

У наступній віковій групі 6–7 років захворювання на ГРВІ перебігає легше, ніж у попередніх групах, переважно у легкій та середньо-важкій формах. Зміни СОПР не так виражені, що, очевидно, пов'язано з тим, що у дітей цього віку показники імунітету підвищуються, наближаючись до рівня дорослого [16, 34]. Крім того, гістологічні та функціональні особливості СОПР у цьому віковому періоді забезпечують більш зрілий, досконалий імунітет [4, 8, 9, 12, 16, 19, 31].

Вивчення поширеності захворювання на ГРВІ та грип залежно від статі не виявило істотної різниці. Дещо частіше хворіли дівчатка (52,13 %), ніж хлопчики. Однак, у віковій групі дітей 1–2 років захворюваність була незначно вищою у хлопчиків.

Слід зазначити, що питома вага окремих нозологічних форм у структурі ГРВІ у дітей непостійна, їх частота залежить від епідемічної ситуації та віку дітей. Аналіз вірусологічного дослідження в обстежених нами хворих на ГРВІ дітей показав, що в загальній структурі ГРВІ у значній частині випадків (29,7 %) мав місце грип. Парагрип посідав друге місце (23,8 %) в структурі вірусних уражень, причому, як правило, у дітей молодших вікових груп. Майже в половині обстежених (47,6 %) мала місце змішана вірусна інфекція, в етіологічній структурі якої переважали віруси грипу В (36,8 %) та аденовіруси (17,2 %), що виявлялись у поєднанні.

Однак, у міжепідемічний період по грипу захворюваність за результатами ПЛР підтвердженого діагнозу грип складала 11,7 %, а найбільша захворюваність на ГРВІ була зумовлена аденовірусами (21,3 %), РС-вірусами (20,6 %), парагрипозними вірусами (18,4 %) та змішаними вірусними інфекціями. У дітей 1-го року життя частіше діагностували РС-інфекцію, а у дітей старшого віку (7–12 років) – риновірусну інфекцію.

Зважаючи на те, що адекватна опірність організму чужорідним агентам залежить від фізичного розвитку дитини [1, 27, 28, 36], нами встановлено, що у наймолодшій віковій групі (діти першого року життя) основна частина дітей (72,4 % випадків) за фізичним розвитком відносились до нормотрофіків, лише в 12,6 % дітей спостерігали підвищене живлення. Накопичення номінальної маси тіла, очевидно, можна пояснити нераціональним штучним вигодовуванням дитини, неповноцінним та незбалансованим за вмістом основних харчових інгредієнтів [16, 34, 41, 45]. Підтвердженням цього може служити наявність у 19,3 % обстежених дітей залізодефіцитної анемії легкого ступеня.

У дітей віком від 1 до 3 років кількість обстежених із гіпотрофією склала 32,2 %, у віковій групі 3–7 років – 18,1 %. Отримані результати можна пояснити, очевидно, нераціональним та незбалансованим харчуванням дітей цього віку, одноманітністю їжі в зимовий період, виснаженням компенсаторних механізмів, обтяженим алергологічним анамнезом на харчові продукти, супутніми захворюваннями [11, 26, 49].

Наявність у обстежених нами дітей різної супутньої патології, на фоні якої виникають ГРВІ, заслуговує на особливу увагу. Більше половини дітей (51,4 %) страждають на різні соматичні захворювання, які, можливо, і поглиблюють зміни під час респіраторних епізодів і призводять до ускладнень [10, 15, 33, 48]. Так, серед фонових патологій обстежених у 19,3 % дітей зустрічається залізодефіцитна анемія, в 14,1 % – алергічні стани, в 12,7 % – захворювання ЛОР-органів, в 2,3 % – дисбактеріоз кишечника, в 1,8 % – дискінезія жовчовивідних шляхів.

Аналізуючи отримані дані, можна припустити, що фонові соматичні патології у дітей з респіраторними вірусними інфекціями, частота ускладнень ГРВІ може залежати від бактеріальної флори, яка паразитує в ротоглотці за наявності хронічної ЛОР-патології. Дисбіотичні зміни шлунково-кишкового тракту можуть бути як наслідком неконтрольованого призначення антибіотиків, так і причиною порушення засвоєння харчових інгредієнтів [23, 29, 42, 46].

Враховуючи те, що у дітей молодшого віку риновірусна інфекція часто передують виникненню перших симптомів бронхіальної астми, особливо у дітей, що страждають на ексудативний діатез, атопічний дерматит, атопічний риніт, що, очевидно, пов'язано з мінімальним персистуючим алергічним запаленням дихальних шляхів [3, 11, 26, 49], при обстеженні дітей особливо увагу звертали на алергологічний анамнез. Первинна вірусна інфекція часто приводить до активності ендогенної умовно-патогенної флори, що підтвердилось проведеними нами лабораторними дослідженнями, причиною чого є індивідуальні особливості імунної відповіді, порушення бар'єрної функції епітелію, зниження місцевого імунітету, суперінфікування бактеріальними агентами, які приводять до наростання важкості захворювання [4, 9, 14, 15, 16, 17, 30, 37]. Відомо, що алергія, як преморбідний фон у дітей, хворих на ГРВІ, нерідко визначає особливості перебігу патологічних станів та підвищує ризик виникнення алергічних реакцій на застосовувані медикаменти [9, 11].

Для планування профілактичних заходів та своєчасного їх проведення чималий інтерес набуває вивчення сезонності захворювання [2, 6, 22, 25, 32, 39, 40, 44]. Наші дослідження показали, що ГРВІ зустрічається протягом року, однак, з різною частотою. Питома вага захворюваності їх на ГРВІ залежала від сезону, рівня захворюваності на грип та інші ГРВІ, віку дітей та повноти діагностики. У загальній структурі респіраторних вірусних захворювань у дітей на долю парагрипу припадає 29,8 %, причому найбільша захворюваність реєструвалася у дітей перших двох років життя. Спалахи захворювань частіше виникали у сім'ях, де одночасно або послідовно один за одним хворіли кілька членів сім'ї. Спорадичну захворюваність за участю вірусів

парагрипу реєстрували протягом року, проте підйомом захворюваності припадав на осінньо-зимовий період (листопад–березень).

Враховуючи неблагоприємний вплив на здоров'я дітей загального стану здоров'я матері, перебіг вагітності та родів, вид вигодовування новонароджених та дітей першого року життя [1, 5, 7, 20, 27, 35, 43, 47], нами було проведено анкетування матерів тих дітей, що звертались за медичною допомогою з приводу ГРВІ. Анкетування відображало наступні розділи: біологічний анамнез дитини, соціальний портрет сім'ї, скарги хворого.

Ми виявили, що у 26,1 % випадків вагітність даною дитиною перебігала з гестозом I половини і у 10,3 % – з гестозом II половини вагітності. В 17,6 % випадків мали місце екстрагенітальні захворювання. Відомо, що грудне вигодовування для немовляти є не лише харчуванням, але й важливим фактором захисту. У грудному молоці визначаються численні гуморальні захисні фактори, представлені неспецифічними розчинними факторами (лізоцим, лактоферин, ліпідні похідні, ін.), антитілами, домінуючим з яких є секреторний IgA та імунокомпетентними клітинами (фагоцити, лімфоцити). Крім речовин, які мають безпосередню захисну дію, грудне молоко містить сполуки, які сприяють дозріванню та диференціюванню ентеоцитів немовляти, забезпечують нормальний перебіг процесів формування місцевого захисту. Підкреслюючи значення грудного вигодовування та грудного молока як фізіологічного імунного препарату [10, 18, 21, 27, 35, 45], нами встановлено, що тільки 28,7 % дітей знаходились на грудному вигодовуванні до 6-місячного віку. В той же час, значна частина дітей (41,3 %) знаходилась на змішаному та штучному вигодовуванні вже з 1-місячного віку.

При аналізі соціально-гігієнічних факторів нами виявлено, що житлово-побутові умови, в яких проживає дитина, у 27,8 % випадків розцінювались як незадовільні, а житлова площа на одного члена сім'ї була нижчою за санітарно-гігієнічні норми. У 12,4 % випадків санітарно-гігієнічний режим житла (вологе прибирання, включаючи іграшки), дотримувались незадовільно. У 19,1 % випадків діти не мають власних предметів особистої гігієни (полотенця, зубної щітки, ін.). У цих дітей захворювання починається в ранньому дитячому віці, а перебіг його, як правило, важкий.

Враховуючи повідомлення про імунний статус дітей, які часто хворіють [3, 14, 15, 23, 42], нами виявлено, що в 57,56 % дітей в анамнезі життя відмічаються захворювання: часті ГРВІ – 33,70 % випадків, алергічні стани – 11,16 %, дитячі інфекційні захворювання – 8,30 %, захворювання органів шлунково-кишкового тракту – 4,72 % випадків, травми – 3,58 %. Серед захворювань та станів, які передували виникненню захворювання, слід відмітити гострий герпетичний стоматит, ангіну, а також вакцинацію.

Відомо, що важкість перебігу захворювання визначається ступенем реактивності організму дитини, вираженістю загально-інтоксикаційних та місцевих симптомів [13, 22, 24, 32]. Важкий перебіг захворювань відмічається у дітей віком 1–2 роки, що, очевидно, крім імунологічних особливостей організму дитини –

імунологічною незрілістю, пов'язано з віковими особливостями будови СОПР, травматизацією її у зв'язку з прорізуванням зубів, ін. [4, 16, 19, 31, 37, 38].

Аналіз клінічних проявів ГРВІ показав, що у всіх дітей погіршується загальний стан, сон, відмічається дратівливість та швидка втомлюваність, знижується апетит. Пацієнти скаржились на сухість в порожнині рота, наявність кровоточивості ясен, інколи – появу болючих висипань в порожнині рота, що приводять до відмови від їжі. Температура тіла у 67,71 % випадків обстежених підвищувалась до 39–41,5 °С. Для всіх обстежених був характерний лімфаденіт підщелепових, рідше підпідборідкових лімфатичних вузлів різного ступеня вираженості. Червона кайма губ була сухою, блідо-рожевого кольору, з ціанотичним відтінком, нерідко були присутні кров'янисті кірочки, міхурці з серозним вмістом, тріщини в ділянці кутів рота.

При огляді порожнини рота привертав увагу гінгівіт, причому катаральний спостерігався у переважній більшості випадків, дещо рідше гіпертрофічний та виразково-некротичний. Локалізувався гінгівіт, як правило, на вестибулярній поверхні, рідше на піднебінні та язичній. У всіх обстежених відмічалась гіпосалівація; слина була в'язкою, з неприємним запахом. Слизова оболонка, як правило, гіперемована, набрякла, судинний рисунок посилений, відзначаються геморагії. Язик сухий, покритий біло-сірим нальотом, спостерігається десквамація епітелію сосочків язика.

При огляді слизової оболонки м'якого піднебіння поряд з гіперемією відмічали специфічну зернистість – ранню ознаку початку захворювання. Вона виявляється у виді червоних точок, які виступають на фоні гіперемованої слизової оболонки м'якого піднебіння, що, за даними ряду авторів, представляють собою гіперплазований епітелій кінцевих відділів вивідних протоків малих слинних залоз. Гіперемія м'якого піднебіння в більшості випадків різко обривається на границі з твердим піднебінням.

Елементи ураження – афти – виявлялись в незначній кількості дітей, хворих на ГРВІ. Вони були поодинокими, рідше множинними і локалізувались на слизовій оболонці м'якого та твердого піднебіння, язика, слизовій оболонці губ, щік, ясен. Кількість елементів коливалась від 1–3 до десятка. Розміри афт знаходились в межах 1–5 мм в діаметрі, не мали схильності до злиття. В більшості випадків на поверхнях афт присутній наліт жовто-білого чи сіруватого кольору, при знятті якого оголюється ерозивна поверхня.

Важливими для діагностики грипу та інших ГРВІ є такі клініко-епідеміологічні особливості: зв'язок з епідемією, висока контагіозність, короткий інкубаційний період, раптовий початок, максимальні прояви хвороби в перші години захворювання, короточасна гарячка – 3–5 діб, наявність двох провідних синдромів – загально-інтоксикаційного, який виникає першим і є інтенсивнішим, і катаральних явищ верхніх дихальних шляхів, неспецифічних уражень слизової порожнини рота у вигляді катарального стоматиту, геморагій, посиленого судинного рисунка, афт, грипозного сіаладеніту, зернистої енантеми на м'якому піднебінні, а також часта і тривала післягрипозна астения.

Як свідчать результати проведеного нами епідеміологічного дослідження, в період епідемічного зростання захворюваності на ГРВІ та грип слід звернути увагу на дітей перших трьох років життя, оскільки захворюваність у цій віковій групі складає половину із числа обстежених хворих. Особливо слід здійснювати моніторинг стану здоров'я дітей з аномаліями конституції, дефіцитом маси тіла, залізодефіцитною анемією та захворюваннями ЛОР-органів, які найчастіше є фоновою патологією для розвитку ГРВІ. Слід запобігати розвитку ускладнень при ГРВІ, в першу чергу, з боку верхніх та нижніх дихальних шляхів, порожнини рота ін. [6, 24, 25, 32, 46].

ВИСНОВОК. Таким чином, результати досліджень підтвердили дані літератури про значну поширеність

вірусної інфекції серед дитячого населення. Проблема частоті захворюваності дітей має медико-соціальне та економічне значення, тому до даного часу залишається актуальною. Все сказане вище підтверджує необхідність постановки питання про розробку та впровадження в медичну практику заходів специфічної профілактики. Вивчення поширеності захворювання дозволяє виявити його частоту та структуру, зв'язок з різними медико-біологічними, соціально-гігієнічними та екологічними факторами, обґрунтувати правильне планування профілактичних та організаційних заходів.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Подальші дослідження будуть направлені на вивчення стану системного та місцевого імунітету порожнини рота у дітей при ГРВІ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алимский А. В. Роль социальных и демографических факторов в изучении эпидемиологии стоматологических заболеваний / А. В. Алимский. – М.: Просвещение. – 2007. – № 11. – С. 3–10.
2. Андрианов М. С. Характеристика климата западных областей Украины в оздоровительных и лечебных целях // В сб. Региональная научно-практическая конференция по проблемам медицинской географии. – Львов. – 2004. – С. 28–30.
3. Антипкін Ю. Г. Актуальні питання вакцинації дітей / Ю. Г. Антипкін // Перинатологія і педіатрія. – 2008. – №4. – С. 11–12.
4. Антонова Н. М. Особливості частоти і розповсюдженості основних захворювань слизової оболонки порожнини рота у дітей різних вікових груп та їх профілактика / Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – 2011р. – Випуск 20. – Книга 1. – С. 505–512.
5. Беляев Е. Н. Санитарно-эпидемиологическое благополучие как составная часть проблемы охраны здоровья населения России / Е. Н. Беляев // Здравоохр. Рос. Федерации. – 1992. – № 11–12. – С. 5–7.
6. Бобильова О. О., Бережнов С. П., Мухарська Л. М. та ін. Проблема інфекційної захворюваності залишається актуальною проблемою системи охорони здоров'я та держави // Сучасні інфекції. – 2001. – № 1. – С. 4–10.
7. Богатирьова Р. В. Материнсько-плодова інфекція. TORCH-синдром // ПАГ. – 1998. – № 6. – С. 70–74.
8. Боровский Е. В. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ // Под ред. проф. Боровского Е. В., проф. А. Л. Машкилейсона. – М.: МЕДпресс, 2001. – 320 с.
9. Бородай Н. В. Морфофункціональні особливості слизової оболонки порожнини рота та зміни в ній при різних патологічних процесах // Лабораторная диагностика. – 2001. – № 1. – С. 49–54.
10. Булатова Е. М. Кишечная микробиота: современные представления / Е. М. Булатова, Н. М. Богданова, Е. А. Лобанова, Т. В. Габрусская // Педиатрия, 2009. – Т. 87. – № 3. – С. 104–110.
11. Булгакова В. А., Балаболкин И. И., Сенцова Т. Б. Значение вирусной инфекции при аллергических болезнях у детей и подростков. В кн.: Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. / Под ред. Ю. Л. Мизерницкого и А. Д. Царегородцева. – М., – 2006; вып. 6. – С. 106–115.
12. Быков В. Л. Функциональная морфология и гистогенез органов полости рта. – Ст.-Петербург, 2005. – 285 с.
13. Возіанова Ж. І., Печінка А. М. Грип // Лікування та діагностика. – 2002. – № 2. – С. 23–30.
14. Волянська Л. А. Стан біотопу ротоглотки у дітей з частими респіраторними захворюваннями / Л. А. Волянська, Л. Б. Романюк, Р. Н. Калатай // Перинатологія і педіатрія. – 2009. – № 3(39). – С. 160.
15. Гайдей В. Р. Роль умовно-патогенної флори і порушення імунного гомеостазу у дітей, які часто і тривало хворіють // Інф. хвороби. – 2002. – № 1. – С. 92–93.
16. Гемонов В. В., Могильный М. А. Защитные свойства поверхностных слоев эпителия слизистой оболочки полости рта // Стоматология. – 2003. – Т. 25, № 3. – С. 4–6.
17. Головачева Е. Г. Продукция интерферонов у детей с острыми респираторными вирусными инфекциями / Е. Г. Головачева, Л. В. Осидак, Е. В. Образцова, О. И. Афанасьева // Медицинская иммунология, 2009. – Т. 11. – № 2–3. – С. 205–214.
18. Диканбаева С. А. Современные аспекты выхаживания недоношенных детей / С. А. Диканбаева, В. А. Аюбаев, А. С. Имамбетова и др. / Матер. VI съезда детских врачей Казахстана. – Алматы, 2006. – С. 57–58.
19. Казакова Р. В., Нейко Н. В., Матейко Г. Б. и др. Изменения слизистой оболочки полости рта при инфекционных заболеваниях / Под ред. проф. Р. В. Казаковой. Учебное пособие. – Львов: ГалДент, 2009. – 168 с.
20. Каракушикова А. С., Тастанбеков Б. Ж., Абдуллаева Г. М. Вопросы формирования иммунного ответа новорожденных в неонатальном периоде // Медицина и экология, 2010. – № 2(55). – С. 29–34.
21. Каюпова Н. А. Солидарная ответственность за здоровье нации // Матер. III съезда врачей и провизоров Казахстана: Тез. докл. – Астана, 2007. – С. 7.
22. Ковальчук Л. Я. Особливості лабораторної діагностики грипу в умовах епідемії ГРВІ в західному регіоні України протягом жовтня-листопада 2009 року / Л. Я. Ковальчук, О. І. Яшан, І. Я. Господарський та ін. // Інфекційні хвороби. 2009. – № 4. – С. 33–37.
23. Кондратьева Е. И., Матвеева Л. А., Шемякина Т. А., Логвиненко Ю. И. Неспецифическая профилактика ОРВИ и гриппа препаратом «Анаферон детский» у часто болеющих детей в эпидемический период // Мать и дитя в Кузбассе. Томск: Сибирский госуд.мед.ун-т, 2006. – №2(25). – С. 24–28.
24. Коровина Н. А., Заплатников А. Л. Острые респираторные вирусные инфекции в амбулаторной практике врача-педиатра, М.: Медпрактика, 2004. – 114 с.

25. Крамарев С. А. Епідемія грипу в Україні / С. А. Крамарев // Наук.-практ. журн. для педіатрів «З турботою про дитину». – 2010. – № 1. – С. 9.
26. Локшина Э. Э., Зайцева О. В., Зайцева С. В., Громадина О. В., Шкляева И. В., Муртазаева О. А. Некоторые аспекты терапии острых респираторных заболеваний у детей с аллергией // Леч. врач, 2012. – № 3. – С. 50–56.
27. Лук'янова О. М. Медико-соціальні аспекти збереження здоров'я дітей, забезпечення їхнього гармонійного фізичного та інтелектуального розвитку // Журн. АМН України. – 2001. – 7, № 3. – С. 408–415.
28. Лук'янова О. М., Антипкін Ю. Г. Медико-соціальні аспекти здоров'я дітей в наукових програмах України з проблем дитинства // Журн. ПАГ. – 1999. – № 1. – С. 5–9.
29. Майданник В. Г. Нераціональна антибіотикотерапія і антибіотико-резистентність // Medicus Amicus. – 2005. – № 5. – С. 23–29.
30. Маричев І. Л. Вплив інфекційних агентів на формування імунодефіцитних станів / І. Л. Маричев // Вісник проблем біології і медицини. 1999. – № 11. – С. 64–67.
31. Марченко О. І., Казакова Р. В., Дичко Є. Н., Рожко М. М., Гевкалюк Н. О. Захворювання слизової оболонки порожнини рота у дітей. – Івано-Франківськ : Вид-во Івано-Франк. держ. мед. академії, 2004. – 134 с.
32. Міроненко А. П., Мухопад В. О. Стратегії та стадії контролю грипу // Інфекційні хвороби. – 2001. – № 2. – С. 55–58.
33. Нисевич Н. И., Учайкин В. Ф. / Инфекционные болезни у детей. – М. : Медицина, 1990. – 624 с.
34. Олейник И. И. Микробиоценоз полости рта в норме и патологии / И. И. Олейник, В. Н. Покровский, В. И. Царев // Медицинские аспекты микробной экологии. – М., 1992. – С. 61–64.
35. Осипова Л. Принципи оцінки імунного статусу. Журнал сімейного лікаря та сімейної медсестри, № 1. – 2008. – С. 47–50.
36. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России. М., 2002.
37. Петрищев Н. Н. Клиническая патофизиология для стоматологов / Под ред. проф. Петрищева Н. Н., проф. Ореховой Л. Ю. – М., 2002. – 95 с.
38. Савичук Н. О. Микроекология полости рта и пути его коррекции / Н. О. Савичук, О. В. Савичук // Совр. стоматология, 2002. – № 4 – С. 9–12.
39. Семененко Т. А. Эпидемиологические аспекты неспецифической профилактики инфекционных заболеваний / Семененко Т. А. – Вестник РАМН. – 2001. – № 11. – С. 25–29.
40. Слепушкин А. Н. Всемирная программа ВОЗ по эпидемиологическому надзору и борьбе с гриппом // Вопр. вирусол. – 2003. – № 1. – С. 46–48.
41. Стефани Д. В. Иммунология и иммунопатология детского возраста / Д. В. Стефани, Ю. Е. Вельтищев // М. : М., 1996. – 384 с.
42. Учайкин В. Ф. Рецидивирующие респираторные инфекции у детей: применение иммуномодуляторов для лечения и профилактики // Педиатрия. – 2009. – Т. 87. – № 1. – С. 127–132.
43. Флетчер Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер; пер. с англ. Ю. Б. Шевелева. – М.: Медиа Сфера, 3-е изд., 2004. – 352 с.
44. Фролов А. Ф., Аронова М. М. Характеристика епідемічного на грип сезону в Україні наприкінці 2000 та початку 2001 рр. // Інфекційні хвороби. – 2002. – № 2. – С. 95–99.
45. Хавкин А. И. Микробиоценоз кишечника и иммунитет // РМЖ. Детская гастроэнтерология и нутрициология. – 2003. – № 11 (3). – С. 122–125.
46. Хайтов Р. М., Пинегина Б. В. Современные представления о защите организма от инфекции / Р. М. Хайтов, Б. В. Пинегина // Клинич. медицина. – 2001. – № 5. – С. 5–7.
47. Boyer S. G. Update on TORCH-Infections in the newborn Infant / S. G. Boyer, K. M. Boyer. – 2004. –V. 4. – № 1. – P. 45–48.
48. Fons M. Mechanismus of colonization and colonization resistance of the digestive tract. / M. Fons, A. Gomez, T. Karjalainen // Microbial. Ekol. Health Dis., 2000. – № 2. – P. 240–246.
49. Gern J. E. Rhinovirus respiratory infections and asthma // American Journal of Medicine, 2002. – Vol. 112 Suppl 6A. – P. 19–27.
50. Huang Y. Immunonutrients and neonates // Eur. J. Pediatr. – 2003. – V. 162. – № 3. – P. 122–128.
51. Kiselev O. I. Influenza and other viral respiratory infections: epidemiology, prophylaxis, diagnostics and therapy. M. Borghes. – 2003. – P. 244.

Отримано 10.01.14