

УДК: 616.12-005.4-089+616.12-008.331.1+616.379-008.64+616.72-007.24]-036.82:615.825

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.111159

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОЇ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ МІОКАРДУ

© О. В. Колоденко

Дослідження присвячене питанням комплексної реабілітації хворих з ішемічною хворобою серця та супутньою патологією (цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, остеоартроз), які перенесли хірургічну реваскуляризацію міокарду. Показано, що включення гідрокінезотерапії в диференційовані комплекси відновлювального лікування є безпечним та ефективним, сприяє покращенню скорочувальної функції міокарду та підвищенню толерантності до фізичного навантаження до 80,4 % ($p \leq 0,05$)

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, хірургічна реваскуляризація міокарду, відновлювальне лікування, фізична реабілітація

1. Вступ

Серцево-судинні захворювання є однією з актуальніших проблем охорони здоров'я у світі [1]. Їх розповсюдженість призводить до великого соціально-економічного збитку за рахунок значних витрат на лікування та реабілітацію хворих даної категорії пацієнтів, а також за рахунок соціального забезпечення пацієнтів, що знаходяться на інвалідності, доля яких складає 50 % від загальної кількості людей, визнаних інвалідами серед дорослого населення [2]. В останнє десятиріччя для лікування ішемічної хвороби серця (ІХС) широко використовуються методи хірургічної реваскуляризації міокарду такі, як аорто-коронарне шунтування (АКШ), транслюмінарна балонна коронарна ангіопластика та стентування коронарних артерій [3]. Підвищення їх безпечності та клінічної ефективності, вдосконалення хірургічної техніки дозволило значно розширити показання до цих втручань та суттєво збільшити кількість хворих, яким проводять ці процедури [4].

2. Обґрунтування дослідження

Безперечно, сучасні медикаментозні методи лікування та серцево-судинна хірургія подовжують тривалість життя, однак якість життя цих хворих підвищується не суттєво [5, 6]. Обмеження повсякденної активності оказує несприятливий вплив на спосіб життя таких пацієнтів. На сьогодні доказана ефективність реабілітаційних програм при ІХС та після інфаркту міокарду, окрім того, доведена економічна ефективність використання реабілітаційних програм [7], що стало приводом, для розширення показів для проведення кардіореабілітації в США та Європі. Згідно світової статистики кардіологічні захворювання значно «помолодшали» і для молодих людей важливо покращення якості життя та повернення до передопераційної фізичної активності. Провідні світові кардіологічні асоціації рекомендують не тільки вести активний спосіб життя, але і доповнювати його регулярними фізичними тренуваннями середньої інтенсивності 4–5 разів на тиждень по 30–40 хвилин [8].

Наявність супутньої патології, ускладнює післяопераційний період хворих даної категорії, та викликає необхідність диференційованого призначення лікувально-реабілітаційних комплексів із застосуванням окремих фізичних факторів та ЛФК.

Переваги використання гідрокінезотерапії у хворих з ІХС, обумовлені тим, що:

- гімнастика проводиться в антигравітаційних умовах, коли мінімальні м'язові скорочення спроможні визивати повний обсяг рухів;
- вода природнім способом оказує опір рухам, оскільки цей опір діє м'яко, він легше долається м'язами, при цьому серцевий м'яз відчуває тренуючий вплив;
- тиск води на грудну клітину оказує опір вдику та сприяє видиху;
- сприяє укріпленню м'язів, які приймають участь в акті дихання, що дуже важливо у післяопераційних хворих.

Таким чином, завдяки тренуванню у воді підвищується працездатність та фізична витривалість, що необхідно для проведення реабілітаційних заходів [9].

Однак, не дивлячись на широке використання гідрокінезотерапії, особливості та механізми впливу даного методу в комплексній реабілітаційній програмі пацієнтів з ІХС після хірургічної реваскуляризації міокарду, ускладненою супутньою патологією залишаються до кінця не вивченими.

3. Мета дослідження

Оцінити ефективність відновлювального лікування (ВЛ) з використанням гідрокінезотерапії у хворих з ІХС та з супутньою патологією після хірургічної реваскуляризації міокарду (ХРМ).

4. Матеріали та методи дослідження

Під спостереженням в лікувально-оздоровчому комплексі «Біла акація» (м. Одеса) за період з 2012 по 2016 рр. було 280 хворих з ІХС та супутньою патологією, через 2–3 місяці після хірургічної реваскуляризації міокарду – (160 пацієнта після інфаркту

міокарду з наступною екстреною ревазуляризацією шляхом балонної ангіопластики та стентування, 120 пацієнта після ендovasкулярної ревазуляризації, які отримували стандартну медикаментозну терапію, а саме: нітрати, бета-блокатори, антагоністи кальцію, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту, дезагреганти, діуретики, гіполіпідемічні препарати, цукрознижуючі препарати (при діагностованому ЦД). Додатково пацієнтам був призначений комплекс санаторно-курортної реабілітації.

Пацієнти першої групи (n=135) – хворі з ІХС та супутньою патологією після ХРМ (середній вік хворих – 59,5±7,0 років) були поділені на 3 підгрупи 7 (підгрупа 1А – 45 хворих (середній вік хворих – 59,1±5,3 років) із супутньою артеріальною гіпертензією (АГ); підгрупа 1Б – 50 хворих (середній вік – 60,4±6,5 років) із супутнім цукровим (ЦД); підгрупа 1В – 40 хворих (середній вік – 58,9±7,2) із супутнім гонартрозом). На санаторно-курортне лікування пацієнти поступали через 2 – 3 місяці після оперативної ревазуляризації міокарду. Стандартний комплекс санаторно-курортного лікування включав:

- режим рухової активності тренуючий;
- кліматотерапію (повітряні ванни за тренуючим режимом, сонячні ванни залежно від інтенсивності сонячної радіації);
- дієтотерапію;
- магнітотерапію сегментарних зон серця, масаж комірцевого відділу за гальмівною методикою, «сухі вуглекислі ванни»);
- стандартну схему медикаментозного лікування, призначену в стаціонарі.

Пацієнти другої групи (n=145) – хворі з ІХС та супутньою патологією, середній вік хворих склав 58,7±7,6 років (підгрупа 2А – 48 хворих (середній вік – 57,9±7,1) із супутньою АГ, підгрупа 2Б – 55 хворих (середній вік – 58,5±6,9) із супутнім ЦД, підгрупа В – 42 хворих (59,8±8,8) із супутнім гонартрозом) через 2–3 місяці після оперативної ревазуляризації міокарду включала стандартну схему медикаментозного лікування, застосування стандартного комплексу санаторно-курортного лікування з додатковим включенням при:

- артеріальній гіпертензії – лазеротерапії та гідрокінезотерапії;
- цукровому діабеті – внутрішнього застосування маломінералізованої хлоридної натрієвої мінеральної води та гідрокінезотерапії;
- супутньому гонартрозу – пелоїдотерапії та гідрокінезотерапії.

Курс лікування склав 21 день.

Гідрокінезотерапія призначається пацієнтам після визначення толерантності до навантаження при відсутності протипоказів для використання цього методу ЛФК. Заняття проводяться при температурі води 29–30 °С, тривалістю 20–25 хв., в першій половині дня, курс складає 10 занять. Тип навантаження – інтермітуючий, при якому навантаження малої інтенсивності чергуються з навантаженнями високої інтенсивності. Вправи виконуються в положенні стоячи біля бор-

тику, з опорою на поручні. Виконуються вправи з участю усіх м'язових груп. Сполучення дихальних та динамічних вправ складає 1:2, 1:3, 1:5. При виконанні дихальних вправ акцентують увагу на виконанні вдиху через ніс та подовженого видиху через рот. Темп виконання вправ повільний або середній підбирають в залежності від функціональних можливостей організму. Пік навантаження приходить на дозоване плавання (стилем брас чи кроль), яке чергується із паузами відпочинку, дихальними вправами. Лікувальна гімнастика в басейні включає прості (хода в воді) та складні (вільне плавання) (30–40 хв.), в залежності від приросту пульсу (очікуваний приріст пульсу – 20–30 уд/хв.). Курс лікування – 10 процедур, через день.

Динаміку параметрів клінічного перебігу й оцінку ефективності проведеної терапії визначали до та після санаторно-курортного лікування. Алгоритм дослідження (до та після лікування) включав збір анамнезу, динамічне клінічне спостереження за об'єктивним і суб'єктивним станом пацієнтів, лабораторну діагностику та інструментальні методи дослідження (ЕКГ, УЗД серця, вимірювання АТ, ЧСС, шостихвилинний тест (ТШХ)) [10].

Оцінка психологічного статусу проводилась за допомогою опитувальника САН, СМОЛ, шкали NADS. Для оцінки якості життя використовували Опитувальника здоров'я 36 (SF-36).

Результати досліджень оброблялися загальноприйнятими методами варіаційної статистики з використанням стандартної програми «Microsoft office-2000» та пакету стандартних статистичних програм «Statistika for Windows». Вірогідність відмінностей визначали за допомогою t-критерія Стьюдента (p).

5. Результати досліджень

При надходженні на ВЛ у 81,5 % пацієнтів основної групи відмічали зниження скорочувальної спроможності міокарду та зниження толерантності до фізичного навантаження (ТФН). Окрім того, у 63,0 % пацієнтів були в наявності післяопераційних ускладнень: серцева недостатність в тому числі: I ст. – 30,5 %, II ст. – 32,6 %, III ст. – 4,3 %, порушення серцевого ритму – 28,3 % в тому числі фібриляція передсердь – 20,7 %, шлуночкова екстрасистоля – 7,6 %. Функціональний клас серцевої недостатності по NYHA в середньому у хворих до санаторно курортного лікування складав 2,4±0,2.

Серед супутньої патології найбільш частими були: гіпертонічна хвороба – 87,0 %, цукровий діабет – 52,6 %, ожиріння – 28,3 %, остеоартроз – 20,4 %. У 80,9 % у обстежених хворих зафіксована недостатня фізична активність, у 55,2 % надлишкова вага та у 65,3 % дисліпідемія.

За даними ВЕМ Середня потужність порогового навантаження у хворих перед початком ВЛ дорівнювала 71,3±3,2 Вт.

При оцінці структурно-функціональних показників внутрішньо-серцевої гемодинаміки за даними ЕхоКС під впливом ВЛ в залежності від програми реабілітації було встановлено, зменшення кінцевого

діастолічного розміру лівого шлуночка (КДР) ми спостерігали у всіх пацієнтів після ВЛ, але вірогідно ($p < 0,05$) у пацієнтів другої групи в підгрупах 2А, 2Б та 2В на 12,0, 11,5 та 8,3 % відповідно (табл. 1), аналогічні зміни були і з кінцевим систолічним розміром лівого шлуночка (КСР), а саме зниження цього показника у пацієнтів другої групи на 14,7, 13,8 та 17,6 в підгрупах 2А, 2Б, 2В відповідно. З показником кінцевого діастолічного обсягу лівого шлуночка (КДО) істотних змін не відбувалось, при тенденції до його зниження у пацієнтів в другій групі. Показник кінцевого систолічного обсягу (КСО) вірогідно зменшився у пацієнтів другої групи в підгрупах 2А, 2Б та 2В на 14,5, 11,1 та 15,4 % ($p < 0,05$). Вірогідно із впливом фізичних тренувань (гідрокінезотерапія) пов'язано збільшення ударного обсягу (УО) у пацієнтів другої групи (на 11,6, 8,0 та 13,5 %) та фракції викиду (ФВ) лівого шлуночка на 7,0, 9,4 та 8,1 % ($p < 0,05$).

Після курсу реабілітації у пацієнтів всіх груп з ІХС після хірургічної реваскуляризації міокарду, відмічали позитивну динаміку показників, що відображують толерантність до фізичного навантаження – ТШХ, потужність порогового навантаження (ППН), ТФН за результатами ВЕМ (табл. 2). Проба ТШХ збільшилась в першій групі (в підгрупі 1А, 1Б та 1В) на 16,9; 16,7 та 23,0 % ($p \leq 0,05$) відповідно, в той час як в другій групі, де було застосовано гідрокінезотерапію на 30,0; 19,6 та 30,0 ($p \leq 0,01$); ППН при ВЕМ збільшилась на 19,0; 20,6 та 21,0 % відповідно та вірогідно вище, а саме (21,5; 27,7 та 33,0 %) ($p \leq 0,05$) в підгрупах 2А, 2Б та 2В. У всіх групах після ВЛ спостерігалось підвищення толерантності до фізичного навантаження та перехід з низької ТФН до середньої, особливо в підгрупах 2А, 2Б та 2В, де застосовували комплексне лікування із включенням гідрокінезотерапії на 80,4 та 62 % відповідно, та на 32,2 % ($p \leq 0,01$).

Таблиця 1

Динаміка показників морфо-функціональних змін серця у хворих з ІХС та супутньою патологією після хірургічної реваскуляризації міокарда після ВЛ, ($M \pm m$)

Показники		Підгрупа					
		1А	2А	1Б	2Б	1В	2В
		n=45	n=48	n=50	n=55	n=40	n=42
КСР ЛЖ, см	до	3,3±0,3	3,4±0,4	3,3±0,1	3,6±0,2	3,2±0,1	3,4±0,2
	після	2,9±0,3	2,9±0,4*	3,2±0,3	3,1±0,1*	3,0±0,1*	2,8±0,1*
КДР ЛЖ, см	до	5,2±0,4	5,0±0,4	4,9±0,1	5,2±0,1	4,8±0,2	4,8±0,3
	після	4,8±0,4	4,4±0,4*	4,5±0,1*	4,6±0,2*	4,5±0,2*	4,4±0,3*
КСО ЛЖ, мл	до	60,5±15,1	63,4±17,5	62,0±6,9	61,0±13,6	64,4±2,8	63,8±2,6
	після	55,3±10,4	54,2±10,7*	56,1±7,4	54,2±6,9*	56,4±3,4	54,0±5,5*
КДО ЛЖ, мл	до	126,4±20,8	129,1±22,6	126,3±15,0	127,0±10,6	128,1±9,3	126,5±4,0
	після	122,4±11,0	123,8±15,3*	123,1±12,6	122,2±15,7*	124,5±4,7	120±4,8*
УО, мл	до	83,1±9,1	70,9±10,1	60,5±6,9	58,4±6,7	58,6±5,5	60,9±6,1
	після	88,6±11,3	79,1±10,6*	64,7±7,1	63,1±8,6*	65,6±8,2	69,1±4,3*
ФВ ЛЖ, %	до	53,0±2,6	54,1±2,7	54,1±2,6	54,3±2,8	53,9±2,5	55,4±2,9
	після	56,1±2,1	57,9±2,9*	58,8±2,4	59,4±2,4*	58,4±2,8	59,1±2,5*

Примітка: * – вірогідні відмінності між показниками у групах до та після лікування, $p \leq 0,05$

Таблиця 2

Динаміка показників фізичної працездатності після санаторно-курортного лікування у хворих з ІХС після хірургічної реваскуляризації міокарду із супутньою патологією, ($M \pm m$)

Показники		Підгрупа					
		1А	2А	1Б	2Б	1В	2В
		n=45	n=48	n=50	n=55	n=40	n=42
ТШХ (м)	До ВЛ	224,3±15,6	238,0±19,1	227,6±10,5	235,5±17,4	230,4±22,4	240,0±20,1
	Після ВЛ	262,6±30,4*	310,2±25,9**	265,0±14,3*	281,4±19,4**	290,2±17,9*	310,4±19,7**
ППН (Вт)	До ВЛ	82,4±4,2	86,6±3,1	75,8±3,8	78,1±3,4	91,4±4,8	89,3±4,3
	Після ВЛ	98,2±6,2*	105,2±4,4*	91,4±5,4*	99,7±6,1*	111,2±6,2*	119±5,8*
ТФН (МО)	До ВЛ	5,8±0,5	4,6±0,5	5,5±0,4	5,1±0,5	4,9±0,3	5,0±0,6
	Після ВЛ	8,8±0,8*	8,3±0,3**	6,8±0,7*	7,1±0,4**	6,0±0,4*	8,1±0,5**

Примітка: * – вірогідні відмінності між показниками у групах до та після лікування, $p \leq 0,05$; ** – вірогідні відмінності між показниками у групах до та після лікування, $p \leq 0,01$

6. Обговорення результатів дослідження

Дані ВЕМ, що проведені на початку ВЛ у хворих з ІХС після ХРМ показали, що у 83,5 % пацієнтів, не дивлячись на ефективно проведене хірургічне втручання, не відбулося суттєвого приросту толерантності до фізичного навантаження, що очевидно, пов'язано з безпосереднім впливом операції як стресового чинника, тривалою кардіальною патологією, зниженням коронарного резерву, низькою фізичною активністю, та наявністю супутньої патології. Так як ХРМ, особливо АКШ, є достатньо травматичним втручанням це потребує після операції мобілізації усіх компенсаторних можливостей організму. За даними деяких авторів, явища післяопераційної дезадаптації кардіореспіраторної системи, найбільш виразні в ранні терміни, та можуть зберігатися до 6 місяців після операції [11]. У зв'язку з цим, важливе значення мають наступні реабілітаційні заходи, спрямовані на відновлення оптимальної фізичної та функціональної властивості організму, мобілізація адаптаційних механізмів, припинення прогресування захворювання та усунення наслідків хірургічного втручання.

Як показали результати дослідження стандартна програма реабілітації сприяє поліпшенню

стану хворих, що проявляється в зменшенні приступів стенокардії, задишки при фізичному навантаженні, поліпшенню психоемоційного статусу, що підтверджується результатами об'єктивного дослідження. Але, на підставі отриманих результатів дослідження морфо-функціонального стану серця хворих, слід відмітити факт більш ефективного відновлення скоротливої функції міокарду у пацієнтів з ІХС та супутньою патологією після хірургічної ревазуляризації міокарду у другій групі, яким були призначені диференційовані реабілітаційні комплекси та гідрокінезотерапія.

7. Висновки

1. Використання диференційованих комплексів відновлювального лікування в залежності від супутньої патології у хворих з ІХС після хірургічної ревазуляризації міокарду є доцільним та ефективним.

2. Використання гідрокінезотерапії в реабілітаційних програмах хворих з ІХС після ХРМ сприяє покращенню скорочувальної функції міокарду та підвищенню толерантності до фізичного навантаження.

Література

1. Smith, S. C. AHA/ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 Update [Text] / S. C. Smith, E. J. Benjamin, R. O. Bonow, L. T. Braun, M. A. Creager, B. A. Franklin et. al. // Journal of the American College of Cardiology. – 2011. – Vol. 58, Issue 23. – P. 2432–2446. doi: 10.1016/j.jacc.2011.10.824
2. Корнацкий, В. М. Региональные медико-социальные проблемы болезней системы кровообращения [Текст]: анализ стат. пос. / В. М. Корнацкий. – Киев, 2013. – 239 с.
3. Smith, S. C. AHA/ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 Update: A Guideline From the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation [Text] / S. C. Smith, E. J. Benjamin, R. O. Bonow, L. T. Braun, M. A. Creager, B. A. Franklin et. al. // Circulation. – 2011. – Vol. 124, Issue 22. – P. 2458–2473. doi: 10.1161/cir.0b013e318235eb4d
4. Boden, W. E. Optimal Medical Therapy with or without PCI for Stable Coronary Disease [Text] / W. E. Boden, R. A. O'Rourke, K. K. Teo, P. M. Hartigan, D. J. Maron, W. J. Kostuk et. al. // New England Journal of Medicine. – 2007. – Vol. 356, Issue 15. – P. 1503–1516. doi: 10.1056/nejmoa070829
5. Panagopoulou, E. Quality of life after coronary artery bypass grafting: evaluating the influence of preoperative physical and psychosocial functioning [Text] / E. Panagopoulou, A. Montgomery, A. Benos // Journal of Psychosomatic Research. – 2006. – Vol. 60, Issue 6. – P. 639–644. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.11.004
6. Bradshaw, P. J. Asymptomatic long-term survivors of coronary artery bypass surgery enjoy a quality of life equal to the general population [Text] / P. J. Bradshaw, K. D. Jamrozik, I. S. Gilfillan, P. L. Thompson // American Heart Journal. – 2006. – Vol. 151, Issue 2. – P. 537–544. doi: 10.1016/j.ahj.2005.04.007
7. Hammill, B. G. Relationship Between Cardiac Rehabilitation and Long-Term Risks of Death and Myocardial Infarction Among Elderly Medicare Beneficiaries [Text] / B. G. Hammill, L. H. Curtis, K. A. Schulman, D. J. Whellan // Circulation. – 2009. – Vol. 121, Issue 1. – P. 63–70. doi: 10.1161/circulationaha.109.876383
8. Leon, A. S. Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease: An American Heart Association Scientific Statement From the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity), in Collaboration With the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation [Text] / A. S. Leon // Circulation. – 2005. – Vol. 111, Issue 3. – P. 369–376. doi: 10.1161/01.cir.0000151788.08740.5c
9. Быков, А. Т. Гидротерапия: роль погружения в воду и физических упражнений в ней [Текст] / А. Т. Быков, Т. Н. Мажаренко, В. П. Терентьев // Физкультура в профилактике, лечении, реабилитации. – 2009. – № 1. – С. 30–43.
10. Дорошенко, Д. А. Современные методы оценки внутрисердечной гемодинамики и деформации миокарда у беременных с синдромом дилатационной кардиомиопатии [Текст] / Д. А. Дорошенко, А. Р. Зубарев, О. Б. Лапочкина, О. В. Кобышева, Е. Е. Тюлькина, Н. А. Волов // Российский кардиологический журнал. – 2016. – № 4. – С. 59–63. doi: 10.15829/1560-4071-2016-4-59-63

11. Бокерия, Л. А. Российские клинические рекомендации. Коронарное шунтирование больных ишемической болезнью сердца: реабилитация и вторичная профилактика [Текст] / Л. А. Бокерия, Д. М. Аронов и др. // КардиоСоматика. – 2016. – № 7 (3-4). – С. 5–71.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук Бабов К. Д.
Дата надходження рукопису 28.07.2017*

Колоденко Олена Володимирівна, кандидат медичних наук, ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», пров. Лермонтовський, 6, м. Одеса, Україна, 65014
E-mail: kolodenkol@ukr.net

УДК 616.523+616.98:579.882+616.98:579.887]-076-053.2
DOI: 10.15587/2519-4798.2017.111190

ТРИГЕРНЕ ЗНАЧЕННЯ ПЕРСИСТУЮЧИХ ВНУТРІШНЬОКЛІТИННИХ ЗБУДНИКІВ ПРИ ТРИВАЛИХ ЛИХОМАНКАХ З ПОДАЛЬШИМ РОЗВИТКОМ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ

© С. О. Матвієнко, М. С. Дяченко

Особлива увага приділена персистуючій інфекції, викликаній внутрішньоклітинними збудниками, яка може бути чинником тривалих лихоманок, а також фоном, на якому формуються соматична патологія. Клініко-анамнестичні, лабораторні дані й імунологічне дослідження дозволяють прогнозувати наслідки в катамнезі дітей із внутрішньоклітинними інфекціями різної соматичної патології та надають можливість для розробки нових діагностичних критеріїв

Ключові слова: внутрішньоклітинні збудники, тривалі лихоманки, персистуюча інфекція, інтерлейкіни, місцеві чинники захисту, соматична патологія

1. Вступ

Інфекційна патологія у дітей нерідко обумовлена внутрішньоклітинними збудниками (хламідіями, мікоплазмами, вірусами). Ця патологія важко діагностується як клінічно (через особливості проявів і перебігу), так і лабораторно.

Клінічні прояви цих інфекцій різноманітні і залежать від вірулентності збудника, тривалості перебування в організмі, напруженості загального і місцевого імунітету людини; можуть персистувати і тільки при певних ситуаціях активізуватися, давати реплікативні форми, а за сприятливого перебігу проявлятися монотонним низьким субфебрилітетом. В цьому випадку специфічні антитіла є знахідкою при обстеженні.

Однак в структурі рецидивуючих і персистуючих інфекцій у дітей до кінця не визначена роль і частота різних видів внутрішньоклітинних збудників, їх взаємовідношення, а також зміни цитокінової ланки і факторів місцевого захисту при виникненні патологічного каскаду реакцій.

У зв'язку з цим назріла необхідність уточнення і вдосконалення діагностики тривалих лихоманок, з виявленням особливостей імунної відповіді при різних видах патології.

2. Обґрунтування дослідження

Сучасна педіатрія й інфектологія приділяють особливу увагу внутрішньоклітинним інфекціям, які мають торпідний, персистуючий, малосимптомний

перебіг, що визначає тенденцію до частого рецидування та хронізації з наступним формуванням хронічної соматичної патології [1].

Внутрішньоклітинні інфекції достатньо широко розповсюджені в популяції, з частотою за даними різних авторів від 4 до 18 % [2]. Ця патологія нерідко маніфестує тривалими лихоманками [3].

Незважаючи на інтенсивне вивчення внутрішньоклітинних інфекцій, залишаються суперечливими дані щодо їх клініко-діагностичного та прогностичного значення, особливо у дітей молодшого віку [4].

Спектр патологічних станів, які є причиною лихоманки (також і у дітей) достатньо великий і включає інфекції й інвазії, злоякісні пухлини, системні й аутоімунні захворювання, імунодефіцити різного генезу, вплив деяких лікарських препаратів [5]. Зокрема, тривалі неясні лихоманки можуть бути проявом ряду інфекційних і соматичних захворювань [6].

Певну роль відіграє і стрептококова інфекція, особливо у вигляді латентного малосимптомного перебігу (стрептококова бактеріємія) [7].

Поліморфізм скарг залежність від віку дитини, асимптомності перебігу у пацієнтів молодшого віку, сукупності ознак системної сполучнотканинної дисплазії, які складають прогностичну несприятливість при цій патології [8].

Крім того, численні літературні дані свідчать про “відродження” нової структури стратегії взаємо-