

О.Р. Боярчук

Шляхи підвищення ефективності реабілітації дітей із хронічною ревматичною хворобою серця

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна

Мета — провести аналіз літературних джерел і особистих даних щодо удосконалення вторинної профілактики гострої ревматичної лихоманки та реабілітації дітей із хронічною ревматичною хворобою серця.

Пацієнти та методи. Аналіз проведено на основі обстеження 71 дитини віком 4–17 років: 23 дітей із гострою ревматичною лихоманкою і 48 пацієнтів із хронічною ревматичною хворобою серця. Гостру ревматичну лихоманку діагностовано за критеріями Киселя—Джонса (у модифікації Асоціації ревматологів України, 2004), а хронічну ревматичну хворобу серця — за наявності вади серця чи післязапального краевого фіброзу стулок клапанів серця після перенесеної гострої ревматичної лихоманки. Використано загальноприйнятні в медицині методи статистики із застосуванням пакету програм Statistica 6.0. Для виявлення статистично значущих відхилень використано непараметричний χ^2 -критерій для порівняння частотних величин. За достовірність результатів приймали відмінність при $p < 0,05$.

Результати. Доведено доцільність урахування фармакокінетики діуретичних форм пеніциліну для визначення кратності введення препаратів. Для збільшення прихильності пацієнта до тривалої антибактеріальної терапії слід проводити роз'яснювальну роботу серед дітей та їхніх батьків щодо необхідності та переваг терапії.

Висновки. Враховуючи сучасні погляди на патогенез захворювання, комплексна профілактика та реабілітація хронічної ревматичної хвороби серця має включати засоби патогенетичної терапії.

Ключові слова: гостра ревматична лихоманка, хронічна ревматична хвороба серця, вторинна профілактика, діти.

Вступ

Незважаючи на чіткість і визначеність окремих позицій у лікуванні гострої ревматичної лихоманки (ГРЛ), успіхів, досягнутих у вирішенні цієї проблеми в останні десятиріччя, не завжди вдається уникнути повторних епізодів ревматичної лихоманки та формування хронічної ревматичної хвороби серця (ХРХС) [21]. Тому сьогодні продовжується пошук ефективних засобів лікування ГРЛ і профілактики ХРХС. Складним залишається питання попередження прогресування вад серця при ХРХС. Одним із пріоритетних завдань Всесвітньої федерації серця (WHF), однієї з провідних структур у світі по контролю за ГРЛ/ХРХС, на найближчі 5 років є елімінація ГРЛ і мінімізація кордонів ХРХС [15]. Основна мета WHF в напрямку боротьби з ГРЛ/ХРХС відображена у формулі $25 \times 25 < 25$, що означає зниження на 25% рівня передчасних смертей від ГРЛ і ХРХС в осіб віком до 25 років до 2025 року.

Мета роботи — провести аналіз літературних джерел і особистих даних щодо удосконалення вторинної профілактики ГРЛ та реабілітації дітей із ХРХС.

Матеріали та методи дослідження

У 2008–2013 рр. під спостереженням була 71 дитина віком 4–17 років: у 23 із них встановлено ГРЛ, у 48 — ХРХС.

Діагностику ГРЛ проведено за критеріями Киселя—Джонса (у модифікації Асоціації ревматологів України, 2004), ХРХС — за наявності вади серця чи постзапального крайового фіброзу стулок клапанів серця після перенесеної ГРЛ [8].

За спеціально розробленою схемою в дітей, які були під спостереженням, вивчено анамnestичні дані, суб'єктивні та об'єктивні характеристики. Особливу увагу звернуто на анамнез хвороби: передуючі інфекції, їх лікування, тривалість хвороби, частоту виникнення повторних епізодів захворювання чи загострень, тривалість і регулярність вторинної профілактики, генетичний анамнез, конституційні особливості, супутні захворювання, житлово-побутові умови. Крім того, за розробленою схемою та зі

згоди батьків проведено анкетування дітей, при якому уточнено регулярність проведення безперервної антибіотикотерапії діуретичними формами пеніциліну, причини її відміни, обізнаність пацієнтів та їхніх батьків про причини й наслідки хвороби, спосіб життя пацієнта, надання значення раціональному харчуванню, загартовуванню, фізичному вихованню та оздоровленню.

Проведене дослідження, відповідно до Хельсінської декларації, здійснене при підписанні інформаційної згоди батьків, було ухвалено етичним комітетом закладу.

Для статистичного аналізу даних застосовано загальноприйнятні в медицині методи статистики з використанням пакету програм Statistica — 6.0. Для виявлення статистично значущих відхилень застосовано непараметричний χ^2 -критерій для порівняння частотних величин. За достовірність результатів прийнято відмінність при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Відповідно до протоколу, лікування ХРХС передбачає вторинну профілактику повторних епізодів стрептококової інфекції, терапію серцевої недостатності та хірургічну корекцію вад серця [8].

Одним з основних стратегічних напрямів вторинної профілактики ГРЛ є тривала антибактеріальна терапія, направлена на елімінацію β -гемолітичного стрептококу групи А [16]. Доведено, що вторинна профілактика зменшує тяжкість ХРХС, а смертність від даної хвороби асоціюється з регресом серцевих змін у 50–70% пацієнтів [14].

Важливими моментами вторинної профілактики є вибір антибактеріального препарату з урахуванням його чутливості до стрептокока, режим його введення й тривалість терапії.

Препаратом вибору вторинної профілактики ГРЛ є пролонговані форми пеніциліну. Вітчизняний протокол рекомендує використання біциліну-5 або бензатин бензилпеніциліну у відповідних дозах 1 раз на 2 тижні.

За даними літератури [1, 7], недостатня ефективність використання біциліну як препарату для вторинної профілактики ревматизму спостерігається в 13–37% хворих,

хоча і підкреслюється його велике медичне та соціальне значення. За сучасними даними, біцилін-5 не відповідає фармакологічним вимогам превентивного препарату, який зберігає свою активність протягом 21 дня чи 1 місяця, у зв'язку з чим не рекомендується для повноцінної вторинної профілактики ГРЛ. Необхідний рівень концентрації біциліну-5 зберігається у 60% дітей на 7-му добу та лише у 18,4% на 14-ту добу [7]. На сьогодні вважається оптимальнішим призначення з даною метою препаратів бензатин-пеніциліну (екстенциліну, ретарпену), які зберігають достатню концентрацію бензилпеніциліну для інгібіції стрептококу більш як у 80% пацієнтів протягом 21 дня [1, 7]. У катанестичному спостереженні, проведеному протягом 2,5 року за дітьми з перенесеною ГРЛ, які отримували ретарпен, не виявлено повторних атак і встановлено стабілізацію ехографічних показників [9]. При проведенні вторинної профілактики біциліном-5 прогресування кардіальних змін зафіксовано в 19,1% дітей без виражених клініко-лабораторних проявів загострення.

У 23 дітей із ГРЛ, які знаходилися під нашим спостереженням протягом 3–5 років, з метою вторинної профілактики біцилін-5 отримували 11 (47,8%) дітей, решта — 12 (52,2%) — препарати бензатин бензилпеніциліну (ретарпен) у дозі, відповідно до віку 1 раз у 2–3 тижні. ХРХС сформувалася у 6 (54,5%) дітей, що отримували біцилін-5, та в 1 (8,3%) дитини, що отримувала ретарпен ($\chi^2=3,14$; $df=1$; $p=0,0765$).

Кратність введення препаратів має базуватися на фармакокінетиці препаратів, відповідно до проведених досліджень [1, 7]. Деякими авторами доведено переваги введення бензатин-бензилпеніциліну G 1 раз у 3 тижні над щомісячним введенням у профілактиці повторної ревматичної лихоманки (ПРЛ) [20]. В одній роботі встановлено більшу ефективність двотижневого циклу введення внутрішньом'язового пролонгованого пеніциліну над 4-тижневим циклом [18].

АНА, Guideline інших країн, зокрема Австралії та Нової Зеландії [1, 12, 19] рекомендовано використовувати бензатин-пеніцилін 1 раз у 4 тижні, а в дітей із групи високого ризику чи при ПРЛ — 1 раз у 3 тижні. У доступній літературі не знайдено повідомлень щодо порівняння використання біциліну-5 чи бензатин бензилпеніциліну 1 раз у 2 чи 3 тижні.

Неоднозначні підходи в різних країнах до тривалості вторинної профілактики. Всесвітньою організацією охорони здоров'я рекомендовано індивідуальний підхід до встановлення термінів вторинної профілактики, який визначено наявністю ХРХС, часу від першого епізоду ГРЛ, кількістю попередніх епізодів ГРЛ, фактором скупченості в сім'ї, обтяженням генетичним анамнезом, поширеністю стрептококової інфекції в регіоні [21]. Відповідно до чинного Протоколу діагностики та лікування кардіологічних хвороб у дітей [8], в Україні вторинну профілактику при перенесеній ГРЛ без кардиту рекомендовано проводити до 18 років, за наявності кардиту — до 25 років та більше, при сформованій ваді серця — пожиттєво. Відповідно до рекомендацій АНА [19], Інституту ревматології РАМН, 2003 [1], вторинну профілактику при перенесеній ГРЛ без кардиту рекомендовано проводити не менше 5 років після останньої атаки або до 21 років (за принципом «що довше»), за наявності кардиту — не менше 10 років після останньої атаки або до 25 років (за принципом «що довше»), при сформованій ваді серця, у тому числі після оперативного втручання — пожиттєво. АНА рекомендовано проводити при ХРХС вторинну профілактику не менше 10 років після останньої атаки чи до 40 років, а при

оперативних втручаннях — проводжувати і довше. У країнах із високим рівнем захворюваності на ревматизм дані терміни ще більші. Так, у Новій Зеландії при перенесеній ГРЛ без кардиту чи з легкими проявами кардиту рекомендовано проводити безперервну вторинну профілактику мінімум 10 років після останнього епізоду або до 21 року (за принципом «що довше»), при ГРЛ із проявами помірного чи тяжкого кардиту — мінімум 10 років після останнього епізоду або до 30 років (за принципом «що довше») [16]. Ці терміни зумовлені тим, що ГРЛ найчастіше зустрічається у віці до 18–21 року, рідше — до 25 років, практично не виявляється у віці понад 30 років.

Також важливо пам'ятати про індивідуальний підхід до підбору препарату і визначення термінів безперервної антибактеріальної профілактики. Перед припиненням вторинної профілактики слід ретельно обстежити пацієнта і обов'язково провести ехокардіографію для виключення ураження серця [14].

Ще одним важливим моментом є прихильність пацієнта до тривалої антибактеріальної терапії. Вторинна антибактеріальна профілактика може бути ефективною лише за умови досягнення високого комплаєнсу [19, 11]. У 80% хворих із ПРЛ виявлено порушення планомірності реалізації вторинних превентивних режимів, які більшою мірою пов'язані з відсутністю або недостатністю комплаєнсу [6]. Тому при відмові від внутрішньом'язового введення препарату АНА рекомендовано оральні режими введення пеніциліну по 250 мг двічі на день. Проте при системному огляді досліджень показано більшу ефективність внутрішньом'язового введення пролонгованих форм пеніциліну [18] у попередженні повторних епізодів ревматичної лихоманки та стрептококових фарингітів. При непереносимості пеніцилінів рекомендовано макроліди чи сульфадіазин у відповідних разових дозах.

Відповідно до нашого дослідження, серед дітей із ХРХС вторинна профілактика стрептококової інфекції проводилась у 36 (75,0%) дітей. Біцилін-5 отримували 34 (70,8%), ретарпен — 2 (4,2%) дітей. Не отримували препарати пеніциліну 12 (25,0%) дітей, лише у 2 (4,2%) випадках це було пов'язано з алергією на препарати пеніцилінового ряду, в усіх інших — через відсутність комплаєнсу у низької медичної обізнаності пацієнтів та їхніх батьків. Лише у 19 (39,6%) пацієнтів препарати пролонгованого пеніциліну вводились відповідно до діючого протоколу. У 3 (6,3%) із них біцилінопрофілактика проводилась більше 5 років (6 і 7 років), у решти — до 5 років. Нерегулярність прийому препарату відмічалася у 12 (25,0%) дітей. Невідповідність тривалості прийому дурантних форм пеніциліну діючому протоколу спостерігалася у 5 (10,4%) дітей.

Навіть після встановлення діагнозу ХРХС 10 (12,8%) дітей не отримували препарати пролонгованого пеніциліну, і лише у 2 пацієнтів це пов'язувалося з алергією на препарати пеніцилінового ряду. Ще у 14 (17,9%) пацієнтів спостерігалася нерегулярність введення ін'єкцій.

За даними анкетування 38 дітей із ХРХС встановлено, що більшість дітей (25 — 65,8%) не знали причини виникнення ГРЛ, половина дітей та їхніх батьків не знали, що тривала антибактеріальна терапія запобігає виникненню ПРЛ і формуванню вад серця. П'ять із 8 дітей, які не отримували препарати пеніциліну, вважали, що антибіотик завдає більше шкоди, ніж користі, з чим і пов'язували причину відмови від ін'єкцій. У 3 дітей батьки не вважали за доцільне його вводити через добре самопочуття дитини. У 2 дітей, які перенесли ГРЛ, через 3–4 роки безперервної антибактеріальної терапії лікарі відмінили вторинну

профілактику (за даними пацієнтів). У подальшому терапію відновили після діагностування ХРХС.

Sarapetis J.R. та співавт. [15] визначено пріоритетні напрями для поліпшення контролю над ГРЛ/ХРХС у найближчі 10 років. Наголошено на важливості вторинної профілактики, при цьому для підвищення її ефективності вирішальне значення відведено прихильності до терапії та використанню нових стратегій для підвищення комплаєнсу.

В окремих країнах для підвищення ефективності вторинної профілактики рекомендовано активне виявлення випадків нерегулярного прийому препаратів бензатин-пеніциліну, визначення випадків, пов'язаних із порушенням планованості реалізації вторинних превентивних режимів із боку медичного персоналу, встановлення персональної відповідальності й розслідування по кожному конкретному випадку [14]. Важливе значення відведено просвітній роботі серед населення. У Новозеландському керівництві визначено три ключові напрями для підвищення ефективності профілактики: ретельну реєстрацію всіх випадків ГРЛ; просвітню роботу серед дітей, хворих на ГРЛ, та їхніх сімей; зменшення болю при ін'єкціях пролонгованого пеніциліну. На сьогодні перспективним напрямом є розробка імплантованих форм пеніциліну [15].

Поточна профілактика ревматизму розглянута Всесвітньою організацією охорони здоров'я в контексті вторинної профілактики інфекційного ендокардиту з відповідними схемами антибактеріальної терапії [3, 21].

Однак при навіть довготривалій антибактеріальній терапії не забезпечено повного контролю над повторними епізодами стрептококової інфекції та формуванням вад серця, що спонукало науковців до пошуку інших методів впливу на патологічний процес. За даними літератури [5], ефективність безперервної профілактики дорантними формами пеніциліну досягнута лише у 45% хворих на ГРЛ, що, на думку автора, зумовлено токсико-алергічною та імунодепресивною дією препарату на фоні виснаження імунної системи. Зазначений недолік пов'язаний з однобічною спрямованістю терапії проти стрептококу без усунення ризику дії інших несприятливих патогенетичних чинників, зокрема, таких як імунологічні порушення, зміни кровотоку в зоні ураженого клапана, тромбоутворення, у виникненні яких важливе значення відведено ендотеліальній дисфункції та системі оксиду азоту.

З урахуванням провідних імунологічних механізмів розвитку хвороби логічним є пошук методів корекції аутоімунних процесів, імуномодуючих препаратів для попередження ХРХС. На цьому наголосив один із провідних українських ревматологів проф. Ганджа І.М. [4]. Вплив імуномодуючих препаратів при ГРЛ/ХРХС вивчався кілька десятиліть тому [15]. Невеликі, вузько направлені дослідження проводилися останніми роками [13]. У проспективному, двійному сліпому, рандомізованому, плацебо контрольованому дослідженні використовувалися внутрішньовенні імуноглобуліни в пацієнтів

із першим епізодом ГРЛ [17]. У дослідженні не відмічалася достовірна ефективність препарату у зниженні клінічних, лабораторних та ехографічних параметрів хвороби. Через 1 рік в 41% пацієнтів, які отримували імуноглобуліни, і 50% хворих із групи плацебо спостерігалися ознаки ревматичного ураження серця. Отже, використання імуноглобулінів при ГРЛ не зменшує ризик клапанних уражень серця та формування ХРХС.

У хворих із ХРХС вивчався вплив двотижневого курсу диклофенаку з наступним місячним курсом вобензиму на стан клітинного та гуморального імунітету [5]. Після проведеного курсу лікування диклофенаком відновилися деякі функції клітинного імунітету, зменшився рівень ЦІК та про- і протизапальних цитокінів у 52% хворих. Після курсу вобензиму нормалізувалися ІЛ-1, ІЛ-6, ФНП- α та Іг Е у 86% хворих.

У ході клініко-імунологічного дослідження використання Імунофану в комплексному лікуванні та вторинній профілактиці ГРЛ із метою імунокорекції [10] достовірно зменшилися прояви кардиту, активності запального процесу, збільшилася абсолютна кількість лімфоцитів CD3+, CD4+, ІРІ, відновився імуноглобуліновий спектр порівняно з контролем. Імунофан мав позитивний вплив на цитокіновий профіль у 80% хворих (проти 36% у групі контролю) - ФНП- α , ІЛ 6 та нормалізацію ІЛ 4. У 84% хворих основної групи на фоні підтримуючих доз імунофану не було загострень ревматичного процесу.

У проведеному нами дослідженні [2] встановлено позитивне значення імунокоригуючого препарату з протівірусною активністю інозину пранобексу в комплексному лікуванні дітей із ХРХС. Доведено, що препарат має позитивний ефект, який проявляється у швидкій динаміці клінічної симптоматики; підвищенні протизапальної активності: зниженні кількості лейкоцитів, рівня серомукоїду, церулоплазміну; має регуляторний вплив на клітинну ланку імунітету: активує CD3+, CD4+, CD8+, знижує імунорегуляторний індекс; нормалізує рівні Іг Е, ЦІК, кріоглобулінів; позитивно діє на цитокіновий профіль та активує протівірусні механізми.

Висновки

Таким чином, провідною ланкою попередження виникнення та прогресування ХРХС у дітей залишається адекватна профілактика стрептококових інфекцій, зокрема стрептококового тонзиллофарингіту. При виборі препарату й режиму його введення необхідно враховувати фармакокінетику засобу, при цьому перевагу слід надавати препаратам бензатин-пеніциліну. Для збільшення прихильності пацієнта до тривалої антибактеріальної терапії потрібно проводити роз'яснювальну роботу серед дітей та їхніх батьків щодо необхідності й переваг терапії. Враховуючи сучасні погляди на патогенез захворювання, комплексна профілактика та реабілітація має включати засоби патогенетичної терапії.

ЛІТЕРАТУРА

- Белов Б.С. Острая ревматическая лихорадка у подростков / Б.С. Белов // Вопросы современной педиатрии. — 2006. — Т. 5, № 2. — С. 56—61.
- Боярчук О.Р. Имунокоригующая терапия в детей с хронической ревматической хворобой сердца / О.Р. Боярчук // Вісник наук. досліджень. — 2012. — № 3. — С. 127—129.
- Волосовець О.П. Гостра ревматична лихоманка як проблема сучасної дитячої ревматології / О.П. Волосовець // Здоровье ребенка. — 2010. — № 3 (24). — С. 106—110.
- Ганджа І.М. До питання про попередження рецидивів ревматизму / І.М. Ганджа // Укр. ревматологічний журнал. — 2000. — № 1. — С. 44—46.
- Ілляш М.Г. Лікування хворих на ревматичні вади серця / М.Г. Ілляш, Г.А. Мотюк, Г.І. Гавриленко // Укр. ревматологічний журнал. — 2007. — № 3 (29). — С. 74.
- Мамалуй Н.І. Повторна ревматична лихоманка у дітей та підлітків: фактори ризику і еволюція / Н.І. Мамалуй, В.М. Савво // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2007. — № 4. — С. 76.
- Насонова В.А. Классификация и номенклатура ревматической лихорадки / В.А. Насонова, Н.Н. Кузьмина, Б.С. Белов // Педиатрия. — 2004. — № 3. — С. 5—9.

8. Про затвердження Протоколів діагностики та лікування кардіоревматологічних хвороб у дітей : наказ МОЗ України від 19.07.2005 р. № 362 [Електронний ресурс]. — Режим доступу : www.moz.gov.ua — Назва з екрана.
9. Пути повышения эффективности противорецидивного лечения острой ревматической лихорадки у детей / Е.В. Прохоров, Л.Л. Челпан, И.М. Островский [и др.] // Современная педиатрия. — 2006. — № 3 (12). — С. 154—155.
10. Якубовська І.О. Імунокорекція та імунопрофілактика у хворих на хронічну ревматичну хворобу серця / І.О. Якубовська, О.Р. Сарапук // Проблеми, досягнення і перспективи розвитку медико-біологічних наук і практичного здравоохоронення / Современная кардиология — от науки к практике : научно-практ. конференц., Феодосия, 30.09-1.2.10.2008 : материалы конференц. — Феодосия, 2008. — Т. 144, ч. V. — С. 159—160.
11. Adherence to secondary prophylaxis and disease recurrence in 536 Brazilian children with rheumatic fever / C.F. Pelajo, J.M. Lopez—Benitez, J.M. Torres, S.K. de Oliveira // *Pediatr. Rheumatol. Online J.* — 2010. — Vol. 8. — P. 22.
12. An Australian guideline for rheumatic fever and rheumatic heart disease: an abridged outline / J.R. Carapetis, A. Brown, N.J. Wilson [et al.] // *Med. J. Aust.* — 2007. — Vol. 186. — P. 581—586.
13. Anti-inflammatory treatment for carditis in acute rheumatic fever / A.M. Cilliers, J. Manyemba, H. Saloojee // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2003. — CD003176.
14. Atatoa—Carr P. Rheumatic fever diagnosis, management, and secondary prevention: a New Zealand guideline / Polly Atatoa—Carr, Diana Lennon, Nigel Wilson // *The New Zealand Medical Journal.* — 2008. — Vol. 121, N 1271. — P. 59—69.
15. Carapetis J.R. Global research priorities in rheumatic fever and rheumatic heart disease / J.R. Carapetis, L.J. Zuhlke // *Ann. Pediatr. Card.* — 2011. — Vol. 4. — P. 4—12.
16. Cassidy J.T. *Textbook of Pediatric Rheumatology* / J.T. Cassidy, R.E. Petty. — Elsevier Saunders, 2005. — P. 614—629.
17. Intravenous immunoglobulin in acute rheumatic fever: a randomized control trial / L.M. Voss, N.J. Wilson, J.M. Neutze [et al.] // *Circulation.* — 2001. — Vol 103. — P. 401—406.
18. Manyemba J. Intramuscular penicillin is more effective than oral penicillin in secondary prevention of rheumatic fever — a systematic review / J. Manyemba, B.M. Mayosi // *S. Afr. Med. J.* — 2003. — Vol. 93 (3). — P. 212—218.
19. Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute Streptococcal pharyngitis: a scientific statement from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the Interdisciplinary Council on Functional Genomics and Translational Biology, and the Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Academy of Pediatrics / M.A. Gerber, R.S. Baltimore, C.B. Eaton // *Circulation.* — 2009. — Vol. 119 (11). — P. 1541—1551.
20. Three- versus four-week administration of benzathine penicillin G: effects on incidence of streptococcal infections and recurrences of rheumatic fever / H.C. Lue, M.H. Wu, J.K. Wang [et al.] // *Pediatrics.* — 1996. — Vol. 97. — P. 984—988.
21. WHO Expert Consultation on Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease. Rheumatic fever and rheumatic heart disease: report of a WHO Expert Consultation, Geneva, 29 October — 1 November 2001: WHO technical report series. — 2004. — Vol. 923. — 122 p.

Пути повышения эффективности реабилитации детей с хронической ревматической болезнью сердца

О.Р. Боярчук

ДВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины», г. Тернополь, Украина

Цель — провести анализ литературных источников и личных данных по усовершенствованию вторичной профилактики острой ревматической лихорадки и реабилитации детей с хронической ревматической болезнью сердца.

Пациенты и методы. Анализ проведен на основании обследования 71 детей в возрасте 4—17 лет: 23 детей с острой ревматической лихорадкой и 48 пациентов с хронической ревматической болезнью сердца. Острая ревматическая лихорадка диагностирована по критериям Киселя—Джонса (в модификации Ассоциации ревматологов Украины, 2004), а хроническая ревматическая болезнь сердца — при наличии порока сердца или поствоспалительного краевого фиброза створок клапанов сердца после перенесенной острой ревматической лихорадки. Использованы общепринятые в медицине методы статистики с применением пакета программ Statistica 6.0. Для выявления статистически значимых отклонений использован непараметрический χ^2 -критерий для сравнения частотных величин. За достоверность результатов приняты отклонение при $p < 0,05$.

Результаты. Доказана необходимость учитывать фармакокинетику дюранных форм пенициллина для определения кратности его введения. Для увеличения приверженности пациента к длительной антибактериальной терапии нужно проводить разъяснительную работу среди детей и их родителей о необходимости и преимуществах терапии.

Выводы. Учитывая современные взгляды на патогенез заболевания, комплексная профилактика и реабилитация хронической ревматической болезни сердца должна включать средства патогенетической терапии.

Ключевые слова: острая ревматическая лихорадка, хроническая ревматическая болезнь сердца, вторичная профилактика, дети.

Ways of improving the rehabilitation efficiency among children with chronic rheumatic heart disease

O.R. Boyarchuk

Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Ternopol, Ukraine

Purpose — analyzing the literary sources and personal data to improve the secondary prevention of the acute rheumatic fever and children rehabilitation with a chronic rheumatic heart disease.

Patients and methods: The analysis was made based on examination of 71 children aged 4 to 17 years: 23 children with an acute rheumatic fever and 48 patients with a chronic rheumatic heart disease.

An acute rheumatic fever is diagnosing by Kisel-Johnson criteria (according to The Ukrainian Association of Rheumatologists, 2004) and a chronic rheumatic heart disease when we have a congenital heart disease or post-inflammatory fibrosis of the heart valves flaps after an acute rheumatic fever. The statistic methods with the Statistica 6,0 programme were used. To identify the statistics deviations a non-parametric χ^2 -criteria was used for frequency rate comparison. The results validity accepted the $< 0,05$ deviation.

Results: Proving the necessity of taking into account the pharmacokinetics of penicillin to determine the drug injection regime. To achieve the greater patient adherence for a long-term antibiotic therapy it should be conducted an educational activities among children and their parents as for the benefits of therapy.

Conclusion: Due to the current views on the pathogenesis of the disease, a complex prevention and rehabilitation of chronic rheumatic heart disease should include the pathogenetic therapy resources.

Key words: acute rheumatic fever, chronic rheumatic heart disease, secondary prevention, children.

Сведения об авторах:

Боярчук Оксана Романовна — к.мед.н., доц. каф. педиатрии ННПО Тернопольского государственного медицинского университета им. И. Горбачевского. Адрес: г. Тернополь, площадь Воли, 1; тел. (0352) 52-45-87.

Статья поступила в редакцию 28.04.2014