## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ

ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім. М. ГОРЬКОГО

НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ МЕДИЧНИХ ПРОБЛЕМ СІМ’Ї

**ДУБОВА ГАННА ВАЛЕРІЇВНА**

УДК 616.12-008.318-053.2:159.922:303.6

**ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА ШЛЯХИ ЙОГО ПОЛІПШЕННЯ**

**У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ РИТМУ СЕРЦЯ**

14.01.10 – педіатрія

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Донецьк – 2007

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Донецькому національному медичному університеті ім. М. Горького МОЗ України

**Науковий керівник:**

доктор медичних наук, професор

**Нагорна Наталія Володимирівна**,

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького МОЗ України,

завідувач кафедри педіатрії факультету інтернатури та післядипломної освіти

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор

**Прохоров Євген Вікторович**,

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького МОЗ України,

завідувач кафедри дитячих хвороб №1

доктор медичних наук, професор

**Сенаторова Ганна Сергіївна**,

Харківський національний медичний університет МОЗ України,

завідувач кафедри шпитальної педіатрії

Захист дисертації відбудеться “\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2008 р. о \_\_\_\_\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 11.600.03 при Науково-дослідному інституті медичних проблем сім’ї Донецького національного медичного університету ім. М. Горького МОЗ України (83114, м. Донецьк, пр. Панфілова, 3)

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Донецького національного медичного університету ім. М. Горького МОЗ України (83003, м. Донецьк, пр. Ілліча, 16)

Автореферат розісланий “\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2007 року

Учений секретар

спеціалізованої вченої ради

доктор медичних наук, доцент **О.М. Долгошапко**

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Проблема порушень ритму серця (ПРС) протягом останнього десятиріччя є однією з найактуальніших у дитячій кардіологічній практиці у всьому світі, в тому числі й в Україні (В.В. Бережний, М.К. Уніч, 1998; В.С. Приходько, 2005; О.П. Волосовець, 2006; С.С. Казак, 2007; A.M. Dubin et al., 2002; M.J. [Kantoch,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Search&term=%22Kantoch+MJ%22%5BAuthor%5D) 2005). За даними О.А. Мутаф’яна (2003), на цей час діти з порушеннями ритму серця складають 15-20% всіх пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями, мають місце в усіх вікових групах. При цьому відзначається розмаїття форм ПРС – від “безпечних” на фоні вегетативної нестабільності до життєзагрожуючих, що можуть стати безпосередньою причиною синкопальних станів, гострої та хронічної серцевої недостатності, раптової смерті дитини (Н.В. Орлова, Т.В. Парийская, 2006; Л.В. Ващенко і співавт., 2007; C.I. Berul, 2001). Біля 2-4% імплантованих штучних водіїв ритму серця (ШВРС) припадає сьогодні на дитячу популяцію (Т.В. Трешкур и др., 2002; О.Л. Бокерия, 2002; [J.L](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Search&itool=pubmed_Abstract&term=%22Burke+JL%22%5BAuthor%5D). Burke et al., 2003). На жаль, дотепер ціла низка аспектів стосовно порушень ритму серця у дітей залишаються до кінця не вирішеними, в тому числі терапевтичні підходи та реабілітаційні заходи (Л.М. Макаров, 2006; Г.С. Сенаторова, 2007; L. Kendall et al., 2003).

Відомо, що аритмії обумовлені багатофакторними причинами кардіального, екстракардіального чи змішаного характеру. При цьому мають значення не лише прояви основного захворювання, різновид і тяжкість ураження серця, але й конституційні особливості дитини, які визначають її психоемоційний і вегетативний статус як у спокої, так і у відповідь на стресорні впливи (А.М. Вейн, 2000; Л.М. Макаров, 2003; А.И. Кодогичова и соавт., 2004). Зокрема, доведено, що пароксизмальні форми ПРС у дітей підтримуються формуванням порочного кола “напад – тривожне очікування – напад”. З точки зору психологічних механізмів, у даній ситуації сама аритмія може відігравати роль стресогенного чинника, який за рахунок емоційного реагування хворого і, нерідко, членів його родини, призводить до соматичних змін (М.А. Школьникова, 1999; М.В. Хайтович і співавт., 2003). Доведено, що сполучною ланкою в ланцюзі “стрес – аритмія – раптова смерть” є медіатори вегетативної нервової системи і її рецептори (М.А. Школьникова, 2004; М.М. Каладзе і співавт., 2004). Аритмія, незалежно від етіологічних чинників, здатна впливати не лише на фізичний стан дитини, але й на психологію її поведінки, змінюючи місце і роль у соціальному житті, а тому ефективна допомога хворому неможлива без всебічного вивчення цих проявів, які на сьогодні об’єднуються терміном “якість життя” (Health-related Quality of life). За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров’я (1996), цей критерій оцінює компоненти, що асоційовані і неасоційовані зі захворюванням, і дозволяє диференційовано визначити вплив самого захворювання (його симптомів), а також проведеного лікування на зміну функціонального стану і психології поведінки, обмеження соціальної активності пацієнта.

Незважаючи на наявність публікацій, які присвячені вивченню якості життя (ЯЖ) при різних захворюваннях у дорослих і дітей, дотепер відсутні методики оцінки якості життя дітей з аритміями та аналіз причин його погіршення.

Стосовно терапевтичних підходів, у наказі № 362 від 19.07.2005 МОЗ України “Про затвердження Протоколів діагностики та лікування кардіоревматологічних хвороб у дітей” є тільки вказівка про призначення пацієнтам з пароксизмальною тахікардією та синоатріальною блокадою седативних і нейротропних засобів у комплексі терапії. Згідно з наказом № 502 від 28.12.2002 МОЗ України “Тимчасові нормативи надання медичної допомоги дитячому населенню в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів”, рекомендовано “призначення дітям з ПРС 2 рази на рік вегетотропних і седативних препаратів за показаннями” без надання конкретних рекомендацій стосовно лікарських засобів, тривалості їх курсів, відсутні також рекомендації щодо частоти диспансерних оглядів.

Враховуючи вищезазначене, розробка і впровадження методики оцінки ЯЖ, аналіз причин його погіршення у дітей з ПРС є актуальним і не вирішеним аспектом. Вивчення ефективності препаратів анксіолітичної (адаптол), седативної та вегетостабілізуючої (беласпон) дії в комплексі лікувально-реабілітаційних заходів, розробка показань для їх використання, можливість впливу на ЯЖ у дітей з ПРС і стало предметом нашого дослідження.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота виконана відповідно до плану науково-дослідної роботи кафедри педіатрії факультету інтернатури та післядипломної освіти Донецького національного медичного університету ім. М. Горького МОЗ України і є фрагментом НДР “Удосконалення діагностики первинної артеріальної гіпертензії і порушень серцевого ритму у дітей” (№ держ. реєстрації 0104U010573).

**Мета дослідження:** поліпшення якості життя дітей з порушеннями ритму серця шляхом диференційованого використання препаратів анксіолітичної, седативної та вегетостабілізуючої дії в комплексі лікувально-реабілітаційних заходів.

**Завдання дослідження:**

1. Оцінити частоту та характер порушень психоемоційного статусу дітей з аритміями.
2. Вивчити стан вегетативної нервової системи пацієнтів з порушеннями ритму серця та визначити діагностичну значущість методів його експрес-оцінки.
3. Оцінити частоту та ступінь зниження рівня адаптації дітей з аритміями.
4. Розробити методику комплексної оцінки якості життя дітей з порушеннями ритму серця.
5. Провести оцінку якості життя та проаналізувати причини її зниження у пацієнтів з аритміями.
6. Вивчити ефективність і безпечність використання препаратів анксіолітичної (адаптол), седативної та вегетостабілізуючої (беласпон) дії у дітей з аритміями в клінічних умовах.
7. Оцінити якість життя пацієнтів з аритміями при диференційованому підході до призначення адаптолу та беласпону в комплексі реабілітаційних заходів протягом 2-річного амбулаторного спостереження.

*Об*’*єкт дослідження:*порушення ритму серця у дітей.

*Предмет дослідження:* психоемоційний і вегетативний статус, рівень адаптації організму, ЯЖ дітей з ПРС; ефективність індивідуальних програм ведення з диференційованим застосуванням адаптолу та беласпону в комплексі лікувально-реабілітаційних заходів.

*Методи дослідження:* клінічні, психофізіологічні, лабораторні, інструментальні, статистичні.

**Наукова новизна отриманих результатів.** У роботі вперше запропоновано спеціальний опитувач “Якість життя дітей з аритміями” (патент на винахід № 12262 від 16.01.06 р.), відповіді на запитання якого відображають суб’єктивну оцінку якості свого життя хворою дитиною. Уперше розроблено методику комплексної оцінки якості життя дітей з порушеннями ритму серця (патент на винахід № 15818 від 17.07.06 р.). Уперше запропоновано методику оцінки ефективності терапії аритмій у дітей, що базується на динаміці показника якості життя (патент на винахід № 12261 від 16.01.06 р.).

Уперше проведено оцінку ЯЖ дітей з ПРС і аналіз причин, що викликають його погіршення. Установлено залежність зниження ЯЖ не лише від виду аритмії, але й від наявності та ступеня виразності порушень психоемоційного та вегетативного статусу. Доведено ефективність і безпечність анксіолітика “Адаптол” та седативного препарату з вегетостабілізуючою дією “Беласпон” у дітей з ПРС, визначено показання до їх диференційованого призначення.

**Практичне значення отриманих результатів**. Запропоновані критерії комплексної оцінки ЯЖ, що містять суб’єктивні та об’єктивні показники, дозволяють практичним лікарям оцінити ЯЖ дітей з аритміями, визначити причини зниження, оцінити ефективність лікувально-реабілітаційних заходів на всіх етапах диспансерного спостереження.

Обґрунтовано можливість використання показників електричного опору шкіри та/або кольорового тесту Люшера в якості експрес-методів оцінки вегетативного статусу. Виявлення порушень психоемоційного та вегетативного статусу та їх подальша корекція шляхом диференційованого призначення адаптолу (при підвищеному рівні тривожності) та беласпону (при вегетативному дисбалансі) в комплексі реабілітаційних заходів дозволяють покращити самопочуття, знизити виразність аритмічного синдрому, зменшити дози та кількість лікарських засобів, які приймає дитина з ПРС, що призводить до поліпшення ЯЖ.

Результати дослідження впроваджено в практику роботи відділення дитячої кардіології і кардіохірургії Інституту невідкладної і відновної хірургії ім В.К. Гусака АМН України (м. Донецьк), дитячого кардіоревматологічного відділення міської дитячої клінічної лікарні № 1 (м. Донецьк), спеціалізованого ліцею для обдарованих дітей “Ерудит” (м. Донецьк), Міського медичного територіального педіатричного об’єднання (м. Макіївка), Обласної дитячої клінічної лікарні (м. Харків), Запорізької обласної клінічної дитячої лікарні (м. Запоріжжя), кардіологічного відділення Республіканської дитячої клінічної лікарні АР Крим (м. Євпаторія). Наукові розробки й матеріали дисертації використовуються в навчальному процесі на кафедрі педіатрії факультету інтернатури та післядипломної освіти Донецького національного медичного університету ім. М. Горького.

**Особистий внесок здобувача.** Автором самостійно проведено інформаційно-патентний пошук, відібрано та проаналізовано літературу, обґрунтовано актуальність і необхідність проведення дослідження, сформульовано його мету та завдання, складено програму роботи. Дисертантом особисто здійснено відбір і формування груп спостереження, клінічне та психофізіологічне обстеження з оцінкою результатів, призначення терапії та контроль за її ефективністю. Автором самостійно проведено статистичну обробку даних, проаналізовано результати дослідження, написано розділи, сформульовано висновки й практичні рекомендації, а також забезпечено їх впровадження в практику. Дисертантом розроблено методики оцінки якості життя дітей з аритміями та ефективності лікувально-реабілітаційних заходів, підготовлено патенти, методичні рекомендації та інформаційні листи, дані для публікацій і виступів на конференціях.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення та результати дослідження оприлюднювалися й обговорювалися на Всеукраїнській науково-практичній конференції студентів і молодих учених „Актуальні проблеми клінічної, експериментальної, профілактичної медицини і стоматології” (Донецьк, 2004); IV Конгресі курортологів і фізіотерапевтів автономної республіки Крим (Євпаторія, 2004); Міжнародній науково-практичній конференції молодих учених “Вчені майбутнього” (Одеса, 2004); II Національному конгресі з біоетики (Київ, 2004); Міжнародній конференції молодих учених „Актуальні питання невідкладної і відновної медицини” (Ялта, 2004); Всеукраїнській науково-практичній конференції „Діагностика, лікування і профілактика дитячих захворювань” (Луганськ, 2004); III та IV Міжнародному симпозіумі з біоетики (Київ, 2004, 2006); конференції молодих учених з міжнародною участю „Актуальні питання невідкладної і відновної медицини” (Ялта, 2006); VIII Всеукраїнській науково-практичній конференції “Актуальні питання педіатрії” (Київ, 2006); III, IV, V та VI Всеукраїнській науково-практичній конференції “Актуальні питання дитячої кардіоревматології” (Євпаторія, 2004, 2005, 2006, 2007); II Всеросійському з’їзді аритмологів (Москва, 2007); об’єднаному засіданні кафедр педіатрії ФІПО, пропедевтичної педіатрії, дитячих хвороб № 1, дитячих хвороб № 2, дитячих хвороб та дитячих інфекцій Донецького національного медичного університету ім. М. Горького (Донецьк, 2007).

**Публікації.** За темою дисертації опубліковано 40 наукових праць, із них: 10 статей у спеціалізованих журналах, затверджених ВАК України, 4 статті в спеціалізованих журналах, 19 – у матеріалах з’їздів, конгресів, конференцій, тезах доповідей, 3 деклараційні патенти на корисну модель, 1 методичні рекомендації та 3 інформаційні листи.

**Обсяг і структура дисертації.** Дисертація викладена на 192 сторінках машинописного тексту та складається зі вступу, огляду літератури, опису об’єкта та методів обстеження, п’яти розділів власних досліджень, узагальнення одержаних результатів, висновків, практичних рекомендацій та списку використаної літератури, що включає 219 джерел (156 – вітчизняних і російськомовних, 63 – закордонних авторів) на 19 сторінках. Робота ілюстрована 36 таблицями та 32 рисунками, які повністю займають 21 сторінку.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Об’єкт та методи дослідження.** Для досягнення мети та вирішення поставлених задач було розроблено програму дослідження, яка містила 4 етапи. Дослідження відповідає всім етичним нормам наукових робіт, на що був отриманий дозвіл етичного комітету Донецького національного медичного університету ім. М. Горького. Перед обстеженням всі діти та їх батьки були поінформовані про характер клінічного дослідження, призначення препаратів та можливі побічні ефекти. Дослідження проводилися після одержання згоди на участь у них. Роботу виконано на базі відділення дитячої кардіології й кардіохірургії Інституту невідкладної і відновної хірургії ім. В.К. Гусака АМН України, СШ № 56, спеціалізованого ліцею для обдарованих дітей “Ерудит” м. Донецька, лабораторії фундаментальних досліджень ІНВХ ім. В.К. Гусака АМН України (свідоцтво про атестацію № 216-05 від 28.10.2005 р.).

Обстежено 188 дітей (90 дівчаток і 98 хлопчиків) у віці 6-18 років, що склали основну і контрольну групу. В основну групу увійшли 151 дитина (71 дівчинка та 80 хлопчиків) з різними видами порушень ритму серця (табл. 1), в тому числі 12 дітей (4 дівчинки та 8 хлопчиків) з імплантованим штучним водієм ритму серця (ШВРС). Діти з ПРС знаходилися на стаціонарному лікуванні, після якого перебували під амбулаторним наглядом протягом 2-х років. Діагноз верифікували згідно до міжнародних підходів у відповідності до МКХ Х перегляду та класифікації порушень ритму серця і провідності (наказ № 54 від 14.02.2002 р. МОЗ України “Про затвердження класифікації захворювань органів системи кровообігу”).

Контрольну групу становили 37 здорових однолітків (19 дівчаток і 18 хлопчиків).

На першому етапі проведено комплексне обстеження дітей основної та контрольної групи, розроблено методику оцінки ЯЖ дітей з ПРС, що дозволило виявити причини зниження показника й обгрунтувати доцільність включення анксіолітиків, седативних і вегетостабілізуючих препаратів до комплексу лікування дітей з аритміями.

Метою другого етапу було вивчення ефективності та безпечності анксіолітика “Адаптол” і седативного препарату з вегетостабілізуючою дією “Беласпон” у дітей з ПРС. Для досягнення зазначеного 114 хворих основної групи (55 дівчаток і 59 хлопчиків) методом адаптивної рандомізації були розділені на 3 репрезентативні групи, однорідні за віково-статевим складом.

*Таблиця 1*

**Види порушень ритму серця у дітей основної групи**

**в залежності від статі**

|  |  |
| --- | --- |
| Вид ПРС | Діти з ПРС (n=151) |
| Всього (n=151) | Дівчатка (n=71) | Хлопчики (n=80) |
| Абс. | %, M±m | Абс. | %, M±m | Абс. | %, M±m |
| I. Порушення утворення імпульсу | 112 | 74,2±3,6 | 45 | 63,4±5,7 | 67 | 83,8±4,1 |
| 1. Номотопні: | 85 | 56,3±4,0 | 39 | 54,9±5,9 | 46 | 57,5±5,5 |
| Синусова тахікардія | 13 | 8,6±2,3 | 6 | 8,5±3,3 | 7 | 8,8±3,2 |
| Синусова брадикардія | 10 | 6,6±2,0 | 3 | 4,2±2,4 | 7 | 8,8±3,2 |
| Синусова аритмія | 41 | 27,2±3,6 | 17 | 23,9±5,1 | 24 | 30,0±5,1 |
| СССВ | 14 | 9,3±2,4 | 2 | 2,8±2,0\* | 12 | 15,0±4,0 |
| 2. Гетеротопні: | 81 | 53,6±4,1 | 37 | 52,1±5,9 | 44 | 55,0±5,6 |
| Екстрасистолія:- суправентрикулярна; - шлуночкова;- політопна | 6129239 | 40,4±4,019,2±3,215,2±2,96,0±1,9 | 3415145 | 47,9±5,921,1±4,819,7±4,77,0±3,0 | 271494 | 33,8±5,317,5±4,211,3±3,55,0±2,4 |
| Пароксизмальна тахікардія:- надшлуночкова;- шлуночкова | 15132 | 9,9±2,48,6±2,31,3±0,9 | 761 | 9,9±3,58,5±3,31,4±1,4 | 871 | 10,0±3,48,8±3,21,3±1,2 |
| Синдром LQT | 10 | 6,6±2,0 | 3 | 4,2±2,4 | 7 | 8,8±3,2 |
| Тріпотіння і миготіння передсердь | 5 | 3,3±1,5 | 2 | 2,8±2,0 | 3 | 3,8±2,1 |
| II. Порушення й аномалії проведення імпульсу | 57 | 37,7±3,9 | 31 | 43,7±5,9 | 26 | 32,5±5,2 |
| 1. Блокади | 41 | 27,2±3,6 | 23 | 32,4±5,6 | 18 | 22,5±4,7 |
| Синоаурикулярна блокада | 4 | 2,6±1,3 | 4 | 5,6±2,7\* | 0 | 0,0±0,0 |
| АВ-блокада I ступеня | 8 | 5,3±1,8 | 4 | 5,6±2,7 | 4 | 5,0±2,4 |
| АВ-блокада II ступеня | 5 | 3,3±1,5 | 3 | 4,2±2,4 | 2 | 2,5±1,7 |
| АВ-блокада III ступеня | 6 | 4,0±1,6 | 4 | 5,6±2,7 | 2 | 2,5±1,7 |
| Блокада ніжок пучка Гіса:- ПБПНПГ;- НБПНПГ | 32923 | 21,2±3,36,0±1,915,2±2,9 | 14410 | 19,7±4,75,6±2,714,1±4,1 | 18513 | 22,5±4,76,3±2,716,3±4,1 |
| 2. Передчасне збудження шлуночків: | 19 | 12,6±2,7 | 11 | 15,5±4,3 | 8 | 10,0±3,4 |
| Синдром CLC | 7 | 4,6±1,7 | 5 | 7,0±3,0 | 2 | 2,5±1,7 |
| Синдром WPW | 12 | 7,9±2,2 | 6 | 8,5±3,3 | 6 | 7,5±2,9 |

Примітка. \* - відмінність вірогідна (р<0,05) у порівнянні з показником у хлопчиків.

Першу групу (стандартна терапія) склали 35 хворих (18 дівчаток і 17 хлопчиків), яким в умовах стаціонару на фоні лікувально-охоронного режиму та дієти, збагаченої продуктами з підвищеним вмістом калію (ізюм, банани, курага тощо), було проведено курс групового психотренінгу за методикою Н.В. Нагорної (2001) з щоденними сеансами № 14, масаж голови та коміркової зони щодня № 10, електрофорез з 6% розчином NaBr на коміркову зону при симпатикотонії та з 1% розчином кофеїну при ваготонії № 10, вітаміно-фіто-мікроелементний комплекс “Біовіталь” і метаболітний препарат “Мілдронат” у віковій дозі протягом 3 тижнів. За показаннями призначали антиаритмічні препарати згідно з наказом № 362 від 19.07.2005 р. МОЗ України “Про затвердження протоколів діагностики та лікування кардіоревматологічних хвороб у дітей”.

Групу впливу “Адаптол” становили 47 дітей з ПРС (22 дівчинки і 25 хлопчиків), які одержували стандартну терапію, доповнену адаптолом (дітям 6–10 років – 150 мг, 11–18 років – 300 мг двічі на день після прийому їжі протягом 3-х тижнів).

До групи впливу “Беласпон” увійшли 32 пацієнта з ПРС (15 дівчаток і 17 хлопчиків), комплекс стандартної терапії яких доповнювався беласпоном (дітям 6–10 років – 1 драже двічі на день, 11–18 років – 1 драже тричі на день після прийому їжі протягом 3-х тижнів).

Третій етап роботи містив оцінку динаміки ЯЖ дітей з аритміями у ході проспективного 2-річного спостереження з проведенням індивідуальних програм диференційованого призначення 3-тижневих курсів адаптолу або беласпону у комплексі реабілітаційних заходів. Групу впливу “Адаптол” становили 59 дітей з ПРС (34 дівчинки і 25 хлопчиків), яким у разі підвищеного рівня тривожності призначали 3-тижневі курси адаптолу як доповнення до реабілітаційних заходів. До групи впливу “Беласпон” увійшли 48 пацієнтів з ПРС (22 дівчинки і 26 хлопчиків), яким при наявності вегетативної дизрегуляції призначали 3-тижневі курси беласпону в комплексі реабілітаційних заходів. Групу порівняння становили 42 дитини (22 дівчинки та 20 хлопчиків), які за різних обставин не одержували в комплексі реабілітаційних заходів вищезазначені препарати.

Первинним носієм інформації була уніфікована карта обстеження дітей з можливістю перенесення даних для подальшої комп’ютерної обробки.

Поглиблений збір і аналіз скарг здійснювали за спеціально розробленим опитувачем з візуальною аналоговою 4-бальною шкалою.

Рівень фізичного розвитку та його гармонійність оцінювали за допомогою центильного методу (Л.В. Квашніна, 2007).

Функціональний стан серцево-судинної системи оцінювали за даними стандартної ЕКГ у 12 загальноприйнятих відведеннях (електрокардіограф “МІДАС-ЕК1Т”, Київ), доплерЕхоКГ (ехокардіограф “ACUSON”, США), 24-годинного моніторування ЕКГ за Холтером (триканальний реєстратор “Кардиотехника 4000 АД”, Санкт-Петербург), під час якого виконували проби з психологічним стрес-тестом з використанням програмно-апаратного комплексу “Діагноз” (Ю.Є. Лях, 1996) і фізичним навантаженням (сходова проба). Наступну обробку запису здійснювали на дешифраторі “Newmon”.

Діагноз серцевої недостатності верифікували згідно до МКХ Х перегляду і класифікації, затвердженої на VI національному конгресі кардіологів України (2000), а також методичних рекомендацій Л.Ф. Богмат і співавт. (2006).

Комплексну оцінку психоемоційного статусу проводили з використанням опитувача В.В. Седнєва та співавт. (1997) і кольорового тесту Люшера (Ю.Б. Максименко, 2004).

Комплексну оцінку стану вегетативної нервової системи проводили на підставі даних вихідного вегетативного тонусу (А.М. Вейн, 2000); показників часового та спектрального аналізу варіабельності серцевого ритму (ВСР) у відповідності до рекомендацій Комітету експертів Європейської спільноти кардіологів і Північноамериканського товариства кардіостимуляції та електрофізіології (1996); опитувача В.В. Седнєва та співавт. (1997) з аналізом за шкалою “вегетативні розлади”; кольорового тесту Люшера з розрахунком коефіцієнта “баланс вегетативної нервової системи” за Г.А. Аменевим і психофізіологічної корелянти – коефіцієнта Шипоша (Ю.Б. Максименко, 2004); реєстрації електричного опору шкіри за допомогою програмно-апаратного комплексу “Діагноз”.

Рівень адаптації організму оцінювали комплексно за результатами визначення адаптаційного потенціалу за Р.М. Баєвським (1997), індексу Руф’є (1992), швидкості переробки інформації за допомогою програмно-апаратного комплексу “Діагноз”.

Для суб’єктивної оцінки ЯЖ дітей використовували загальний опитувач – тест диференційованої самооцінки функціонального стану організму (Д.Я. Райгородский, 2002).

На підставі даних літератури і власних досліджень розроблено спеціальний опитувач “Якість життя дітей з аритміями” (патент на винахід UA № 12262 від 16.01.06 р.), відповіді на запитання якого відбивали суб’єктивну оцінку якості життя пацієнтами. Об’єктивну оцінку ЯЖ проводили за сукупністю показників стану серцево-судинної системи, психоемоційного та вегетативного статусу, рівня адаптації.

Відносний показник якості життя дітей з ПРС (патент на винахід UA № 15818 від 17.07.06 р.) обчислювали за такою формулою:

 ЯЖ

ЯЖ,% = 100х(1 – ),

 ЯЖmax

де ЯЖ,% – відносний показник ЯЖ дитини з аритмією;

ЯЖ – абсолютний показник ЯЖ дитини з аритмією в балах,

ЯЖmax – 192 бали – абсолютне значення максимального показника ЯЖ дитини з аритмією.

У випадку, коли значення даного показника знаходилося в межах 100-70%, ЯЖ дитини з ПРС оцінювали як “не знижену”, 69-31% – як “помірно знижену”, 30% і менше – як “значно знижену”.

Ефективність і безпечність адаптолу і беласпону у комплексному лікуванні дітей з ПРС оцінювали шляхом порівняльного аналізу, проведеного до та після 3-тижневого курсу лікування в стаціонарі, а потім при 2-річному амбулаторному спостереженні дітей з аритміями з частотою контрольного огляду 1 раз у 3 місяці.

Для оцінки ефективності проведеної терапії поряд із зазначеним використовували власну методику “Спосіб визначення ефективності проведеної терапії у дітей з порушенням серцевого ритму” (патент на винахід № 12261 від 16.01.06 р.).

Статистичну обробку результатів дослідження проводили методами варіаційної та альтернативної статистики з використанням ліцензійного програмного пакета для статистичного аналізу “MedStat” (серійний номер MS 000010). Для перевірки розподілу даних на нормальність використовували критерій χ2 і тест Шапіро-Уілка. Якщо аналізовані ознаки відповідали закону нормального розподілу, використовували параметричні критерії. У випадках, відмінних від закону нормального розподілу, використовували непараметричні критерії.

Для кількісної оцінки ефективності терапії розраховували такі показники:

- зниження абсолютного ризику неефективності лікування;

- зниження відносного ризику неефективності лікування;

- кількість хворих, яких необхідно лікувати протягом заданого періоду часу для досягнення успішного результату в одного пацієнта;

- поліпшення показника “якість життя”.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Згідно з одержаними результатами, 69 (45,7±4,1%) дітей з аритміями мали органічні зміни серця, при цьому 29 (19,2±3,2%) пацієнтів – вроджену ваду серця (у 12 хворих аритмії виникли в різний термін після оперативної корекції вродженої вади серця); 27 (17,9±3,1%) дітей – вроджену аномалію провідної системи серця (17 пацієнтів з синдромом WPW, 10 – з синдромом CLC); 13 (8,6±2,3%) хворих – первинну кардіоміопатію (9 дітей – дилятаційну, 4 – гіпертрофічну). У 27 (19,9±3,1%) пацієнтів аритмії були життєзагрожуючими (Школьникова М.А., 2004, Сенаторова Г.С., 2007): у 14 (9,3±2,4%) дітей – СССВ, у 15 (9,9±2,4%) – пароксизмальна суправентрикулярна і шлуночкова тахіаритмія, у 10 (6,6±2,0%) – синдром подовженого інтервалу QT. У 65 (43,0±4,0%) дітей аритмія була проявом вегетативної дисфункції. У 17 (11,3±2,6%) пацієнтів діагностовано ідіопатичну аритмію. Даних за наявність кардиту під час обстеження за результатами клініко-лабораторних та інструментальних методів не виявлено в жодному випадку. У 29 (19,2±3,2%) дітей були констатовані синкопальні стани, у 20 (13,2±2,8%) – аритмогенна кардіоміопатія, у 32 (21,2±3,3%) – хронічна серцева недостатність (ХСН), при цьому ХСН IA стадії – у 17 (11,3±2,6%), ХСН ІБ стадії – у 8 (5,3±1,8%), ХСН ІІА стадії – у 4 (2,7±1,3%), ХСН ІІБ стадії – у 3 (2,0±1,1%) пацієнтів.

Звертало увагу, що активно скаржилися тільки половина (56,3±4,0%) пацієнтів з аритміями, з яких 35 (50,7±6,0%) дітей мали органічні зміни серця, 39 (47,6±5,5%) хворих були без органічної патології серця і 11 (40,7±9,5%) пацієнтів – із життєзагрожуючими аритміями. У 32 (21,2±3,1%) обстежених (23,2±5,1% з органічними змінами серця, 20,7±4,5% без органічної патології серця, 25,9±8,4% із життєзагрожуючими аритміями) скарги були виявлені тільки при додатковому опитуванні. На відчуття порушення серцевого ритму (сильне та/або часте серцебиття, неритмічність роботи серця) скаржилися 117 (77,5±3,4%) пацієнтів. Скарги були відсутні у 34 (22,5±3,4%) пацієнтів з аритміями, в тому числі із життєзагрожуючими (СССВ, синдром подовженого інтервалу QT).

У 77 (51,0±4,1%) пацієнтів (в тому числі у 55,8±5,7% з органічними та у 20,8±4,6% із життєзагрожуючими ПРС) тривалість реєстрації аритмії складала більше 1 року, що свідчило про її стійкість.

Аналіз анамнестичних даних свідчив про те, що несприятливий акушерсько-гінекологічний анамнез і патологічний перебіг перинатального періоду вірогідно частіше мали діти з аритміями у порівнянні зі здоровими однолітками (76,2±3,5% і 43,2±8,1% відповідно, p<0,05). Обтяжена спадковість за серцево-судинними захворюваннями вірогідно частіше мала місце у дітей з ПРС (69,5±3,7%), ніж у здорових дітей (37,8±8,0%, р<0,01). У 69 (45,7±4,1%) пацієнтів появу аритмії пов’язували з гострими чи хронічними психотравмуючими ситуаціями (смерть близьких, розлучення батьків, конфлікти з друзями, вчителями чи батьками, переляк тощо). Згідно даних анкетування, 57 (37,7±3,9%) дітей з ПРС мешкали в умовах напруженого психоемоційного клімату дома або в школі.

Проведений кореляційний аналіз виявив прямий сильний зв’язок аритмії з гострим і хронічним стресовим станом (r = 0,87), ускладненим перебігом вагітності й пологів (r = 0,80).

Супутню та/або фонову патологію мали 106 (70,2±3,7%) пацієнтів з ПРС, при цьому вогнища хронічної інфекції (риніт, тонзиліт, фарингіт, аденоїдит, синусит, карієс, пародонтоз, стоматит) – 106 (70,2±3,7%) дітей, синдром вторинної імунної недостатності – 102 (67,5±3,8%) хворих, функціональні та хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту – 98 (64,9±3,9%) дітей, алергічні захворювання (атопічний дерматит, дермато-респіраторний синдром) – 27 (17,9±3,1%) пацієнтів.

У 79 (52,3±4,1%) дітей з аритміями виявлено дисгармонійний фізичний розвиток у вигляді невідповідності між зростом і масою, зростом і окружністю грудної клітки, що вірогідно частіше зустрічалося у дітей з органічними змінами в серці (69,6±5,5%), ніж у пацієнтів без органічних змін (37,8±5,4%, р<0,001).

Виявлено, що у дітей з ПРС вірогідно частіше і в значнішій мірі, ніж у здорових однолітків, спостерігалися патологічні зміни психоемоційного статусу (74,2±3,6% і 21,6±6,8% відповідно, p<0,001): інтровертованість (60,3±4,0% і 32,4±7,7% відповідно, p<0,01), конфліктність (56,3±4,0% і 21,6±6,8% відповідно, p<0,001), підвищений рівень тривожності (39,1±4,0% і 8,1±4,5 % відповідно, p<0,001), порушення сну (33,8±3,8% 16,2±6,1% відповідно, p<0,05), астенія (25,8±3,6% і 8,1±4,5% відповідно, p<0,01). При цьому вірогідно частіше (p<0,05) вони реєструвалися у дівчаток середнього шкільного віку (60,3±4,0%) і у хлопчиків старшого шкільного віку (61,6±4,0%), які мали органічні зміни в серці (63,8±4,0%), та у всіх пацієнтів з імплантованим ШВРС.

Дисбаланс вегетативної регуляції був виявлений у 84,1±3,0% пацієнтів з аритміями (у 91,7±8,0% із життєзагрожуючими ПРС, у 85,5±4,2% з органічними змінами серця, у 82,9±4,2% без органічних змін). Порушення вегетативної регуляції серцевого ритму найчастіше виявлено у дівчаток середнього шкільного віку (89,2±5,1%) у порівнянні з хлопчиками та дівчатками інших вікових груп. У 82,6±7,9% хворих з органічними змінами в серці такі аритмії, як хронічна непароксизмальна синусова тахікардія, пароксизмальна тахікардія супроводжувалися гіперсимпатикотонією. У 66,7±13,6% дітей з синусовою брадикардією, синоаурикулярною блокадою без органічних змін серця переважали парасимпатичні впливи. Встановлений прямий сильний кореляційний зв’язок між параметрами ВРС та показниками кольорового тесту Люшера (r = 0,77) і електричного опору шкіри (r = 0,73).

Встановлено, що у 79,5±3,3% дітей з аритміями мало місце зниження рівня адаптації різного ступеня (87,0±4,1% дітей з органічними змінами в серці, 83,3±10,8% хворих із життєзагрожуючими аритміями, 73,2±4,9% пацієнтів без органічної патології серця). Встановлено більш сильну кореляційну залежність зниження адаптаційного потенціалу від ступеня порушень психоемоційного (r = 0,87) та вегетативного (r = 0,92) статусу, ніж від виду аритмії (r = 0,74).

Використаний підхід до оцінки ЯЖ свідчив про зниження цього показника у 84,8±2,9% дітей з аритміями, при цьому воно реєструвалося вірогідно частіше (р<0,05) при наявності ШВРС (91,7±8,0%), життєзагрожуючих аритміях (85,2±6,8%), органічних змінах у серці (72,5±5,4%), ніж у пацієнтів без органічної патології серця (54,9±5,5%). Провідними причинами зниження ЯЖ були патологічні відхилення та особливості психоемоційного і вегетативного статусу, зниження рівня адаптації, наявність ускладнень (синкопальні стани, аритмогенна кардіоміопатія, ХСН) і обумовлене цим погіршення самопочуття.

Проведений кореляційний аналіз з використанням коефіцієнта рангової кореляції Спірмена дозволив встановити наявність прямого сильного зв’язку (рис.) між показниками: ЯЖ і тривалість реєстрації ПРС (r = 0,94), ЯЖ і частота пароксизмів тахікардії (r = 0,98), ЯЖ і частота пароксизмів тріпотіння передсердь (r.= 0,94), ЯЖ і частота синкопальних станів (r = 0,87), ЯЖ і наявність ускладнень (r.= 0,92), ЯЖ і вегетативні розлади (r = 0,92), ЯЖ і зниження адаптації (r = 0,96), ЯЖ і підвищений рівень тривожності (r = 0,92), ЯЖ і астенія (r = 0,88), ЯЖ і депресія (r = 0,91).

Таким чином, проведені дослідження свідчили про те, що наявність ПРС у більшості дітей супроводжується різноманітними змінами психоемоційного й вегетативного статусу, зниженням рівня адаптації, що впливає на показники якості життя. У зв’язку з цим нами була запропонована корекція встановлених змін за допомогою препаратів “Адаптол” і “Беласпон” (табл. 2).

Доповнення стаціонарного комплексу стандартної терапії хворих з аритміями 3-тижневим курсом препарату “Адаптол” супроводжувалося вираженішим у порівнянні зі стандартною терапією, зниженням рівня тривожності (у 89,4±4,5% і 45,7±8,4% дітей відповідно, p<0,001), нормалізацією сну (у 76,6±6,2% і 54,3±8,4% хворих відповідно, p<0,05), підвищенням рівня адаптації (у 44,7±7,3% і 25,7±7,4% дітей відповідно, р<0,05). Відновлення серцевого ритму та/або зменшення виразності аритмічного синдрому реєструвалося вірогідно частіше у дітей, що одержували адаптол (70,2±6,7%), ніж у групі стандартної терапії (42,9±8,4%, p<0,05). Зазначене реєстрували у пацієнтів з надшлуночковою екстрасистолією, пароксизмальною суправентрикулярною тахікардією, синусовою аритмією, хронічною непароксизмальною тахікардією, брадикардією. Поліпшення показника комплексної оцінки ЯЖ через 1 міс. після закінчення лікування відзначено у 25,5±6,4% пацієнтів, які одержували адаптол, що було вірогідно частіше в порівнянні з групою стандартної терапії (8,6±4,7%, p<0,05). Доповнення курсу стандартної терапії адаптолом знизило абсолютний ризик неефективності лікування на 46,9%, відносний ризик – у 5,34 раза, супроводжувалося тривалішим (38,9±3,6 діб) терапевтичним ефектом, ніж в групі стандартної терапії (25,4±2,9 діб).

Умовні позначки:

ТР – тривалість реєстрації ПРС;

ПТ – частота пароксизмів тахікардії;

ПТП – частота пароксизмів тріпотіння передсердь;

СС – частота синкопальних станів;

Ускл. – наявність ускладнень;

ВР – вегетативні розлади;

ЗА – зниження адаптації;

Т – підвищений рівень тривожності;

А – астенія;

Д – депресія.

Рис. Кореляційна структура показника якості життя у дітей з ПРС.

Включення до стаціонарного комплексу стандартної терапії дітей з аритміями 3-тижневого курсу препарату “Беласпон” супроводжувалося вірогідно частішою, у порівнянні з дітьми, які не отримували даний препарат, нормалізацією балансу вегетативної регуляції (78,1±7,3% і 25,7±7,4% дітей відповідно, p<0,001), зниженням рівня конфліктності (71,9±7,9% і 34,3±8,0% дітей відповідно, p<0,01), підвищенням рівня адаптації (38,0±7,3% і 25,7±7,4% дітей відповідно, р<0,05). Відновлення серцевого ритму та/або зменшення виразності аритмічного синдрому реєструвалося у 75,0±7,7% хворих, які одержували додатково беласпон, в той час, як у групі стандартної терапії – у 42,9±8,4% хворих (p<0,05). Зазначене мало місце у пацієнтів із синусовою брадикардією, надшлуночковою екстрасистолією, пароксизмальною суправентрикулярною тахікардією, синусовою аритмією. Через 1 міс. після закінчення лікування поліпшення показника комплексної оцінки ЯЖ відзначено у 21,9±7,3% пацієнтів, які одержували додатково беласпон, що було вірогідно частіше в порівнянні з групою стандартної терапії (8,6±4,7%, p<0,05).

*Таблиця 2*

**Динаміка показників психоемоційного, вегетативного статусу, рівня адаптації, якості життя дітей з ПРС**

**під впливом комплексу стаціонарного лікування**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показник | Вихідні дані (n=114) | Через 1 міс. після закінчення 3-тижневого курсу стаціонарного лікування (n=114) |
| Група впливу “Адаптол” (n=47) | Група впливу “Беласпон” (n=32) | Група стандартної терапії (n=35) | Група впливу “Адаптол” (n=47) | Група впливу “Беласпон” (n=32) | Група стандартної терапії (n=35) |
| Абс. | %, M±m | Абс. | %, M±m | Абс. | %, M±m | Абс. | %, M±m | Абс. | %, M±m | Абс. | %, M±m |
| Конфліктність | 41 | 87,2±4,9 | 25 | 78,1±7,3 | 31 | 88,6±5,4 | 15 | 31,9±6,8\*\* ^^ | 13 | 40,6±8,7\*\* ^ | 23 | 65,7±8,0\*  |
| Диссомнія | 39 | 83,0±5,5 | 24 | 75,0±7,7 | 29 | 82,9±6,4 | 19 | 40,4±7,2\*\*  | 12 | 37,5±5,8\*\* | 16 | 45,7±8,4\*\*  |
| Підвищений рівень тривожності | 37 | 78,7±6,0 | 23 | 71,9±7,9 | 27 | 77,1±7,1 | 9 | 19,1±5,7\*\* ^^ | 16 | 50,0±8,8 | 19 | 54,3±8,4\*  |
| Рівень стресового стану вище середнього | 26 | 55,3±7,3 | 17 | 53,1±8,8 | 18 | 51,4±8,4 | 16 | 34,0±6,9\* | 11 | 34,4±8,4 | 11 | 31,4±7,8 |
| Рівень астенії вище середнього | 24 | 51,1±7,3 | 16 | 50,0±8,8 | 19 | 54,3±8,4 | 15 | 31,9±6,8 | 9 | 28,1±7,9 | 14 | 40,0±8,3 |
| Вегетативнийдисбаланс | 43 | 91,5±4,1 | 29 | 90,6±5,2 | 33 | 94,3±3,9 | 33 | 70,2±6,7\* | 7 | 21,9±7,3\*\* ^^ | 26 | 74,3±7,4\*  |
| Незадовільний рівень адаптації та її зрив | 20 | 42,6±7,2 | 14 | 43,8±8,8 | 15 | 42,9±8,4 | 12 | 25,5±6,4 | 9 | 28,1±7,9 | 11 | 31,4±7,8 |
| Зниження якості життя | 37 | 78,7±6,0 | 25 | 78,1±7,3 | 29 | 82,9±6,4 | 27 | 57,4±7,2\* | 17 | 53,1±8,8\* | 26 | 74,3±7,4 |

Примітки:

1. \* - відмінність вірогідна (р<0,05) у порівнянні з показником до лікування у відповідній групі;

2. \*\* - відмінність вірогідна (р<0,001) у порівнянні з показником до лікування у відповідній групі;

3. ^ - відмінність вірогідна (р<0,05) у порівнянні з показником після лікування у групі стандартної терапії;

4. ^^ - відмінність вірогідна (р<0,01) у порівнянні з показником після лікування у групі стандартної терапії

Доповнення курсу стандартної терапії беласпоном сприяло зниженню абсолютного ризику неефективності лікування на 52,3%, відносного ризику – у 6,23 раза, супроводжувалося тривалішим (43,2±4,1 доби) терапевтичним ефектом, ніж у групі стандартної терапії (25,4±2,9 діб).

Результати проведеного дослідження свідчили про те, що доповнення стаціонарного комплексу стандартної терапії хворих із ПРС 3-тижневим курсом адаптолу супроводжувалося вираженішим зниженням рівня тривожності (у 89,4±4,5%) і поліпшенням сну (у 76,6±6,2%), у той час як включення беласпону – нормалізацією балансу вегетативної регуляції (у 78,1±7,3%) і зниженням конфліктності (у 71,9±7,9%), ніж у групі стандартної терапії. Отримані дані стали підставою для індивідуального призначення курсів адаптолу і беласпону на наступному амбулаторному етапі реабілітації.

Додаткове призначення адаптолу до комплексу реабілітаційних заходів (кардіотрофічні препарати, вітаміно-мінеральні комплекси) у дітей з аритміями при наявності високого рівня тривожності дозволило підвищити ефективність реабілітаційних заходів. На протязі 24 місяців спостереження у пацієнтів, які одержували додатково адаптол, вірогідно частіше, у порівнянні з групою, що не одержувала даний препарат, спостерігалася відсутність скарг (77,1±7,1% і 42,9±8,4% пацієнтів відповідно, р<0,01), патологічних змін психоемоційного (62,7±6,3% і 21,7±8,6% хворих відповідно, р<0,01) і вегетативного (55,9±6,5% і 26,1±9,2% хворих відповідно, р<0,05) статусу, або менша їх виразність. В групі дітей з ПРС, котрі одержували за показаннями курси адаптолу на амбулаторному етапі реабілітації, вірогідно рідше (р<0,05), ніж у групі порівняння, реєструвалося зниження рівня адаптації (52,5±6,5% і 82,6±7,9% пацієнтів відповідно) і якості життя (45,8±6,5% і 69,6±9,6% дітей відповідно). Відновлення серцевого ритму (при надшлуночковій екстрасистолії, пароксизмальній суправентрикулярній тахікардії, синусовій аритмії, хронічній непароксизмальній тахікардії, брадикардії) та/або зменшення виразності аритмічного синдрому вірогідно частіше (р<0,05) спостерігалося у дітей групи впливу (55,9±6,5%), ніж у пацієнтів групи порівняння (24,3±5,9%), що дозволило знизити дозу чи відмінити антиаритмічні засоби у 6 (42,9±13,2%) хворих, які їх отримували, зменшити частоту повторних госпіталізацій у 2,4 раза.

Індивідуальне проведення курсів беласпону в комплексі реабілітаційних заходів при реєстрації у дітей з ПРС вегетативної дизрегуляції сприяло вірогідно частішому поліпшенню ЯЖ (у 62,5±8,6%), ніж в групі порівняння (у 40,0±8,3%). На протязі 24 місяців диспансерного спостереження у пацієнтів, які одержували додатково беласпон, вірогідно частіше, ніж в групі порівняння, спостерігалася відсутність скарг (68,8±6,7% і 36,8±11,1% дітей відповідно, р<0,01), патологічних змін психоемоційного (52,6±11,5% і 10,5±7,0% хворих відповідно, р<0,001) і вегетативного (68,8±6,7% і 10,5±7,0% пацієнтів відповідно, р<0,001) статусу. У групі дітей з ПРС, котрі одержували за показаннями курси беласпону на амбулаторному етапі реабілітації, вірогідно рідше (р<0,05), ніж у групі порівняння, констатоване зниження рівня адаптації (47,4±7,2% і 87,5±7,0% пацієнтів відповідно) і ЯЖ (31,3±6,7% і 63,2±11,1% дітей відповідно). Відновлення серцевого ритму (при брадикардії, надшлуночковій екстрасистолії, пароксизмальній суправентрикулярній тахікардії, синусовій аритмії) та/або зменшення виразності аритмічного синдрому вірогідно частіше (р<0,05) спостерігалося у дітей групи впливу (62,5±8,6%), ніж у пацієнтів групи порівняння (15,8±8,4%), що дозволило знизити дозу чи скасувати антиаритмічні засоби у 9 (56,3±12,4%) хворих, які їх отримували, зменшити частоту повторних госпіталізацій у 3,2 раза.

Отримані результати свідчать про важливість здійснення диспансерного огляду дитини з аритмією не рідше 1 разу в 3 місяці з урахуванням, поряд із загальноклінічними показниками, параметрів психоемоційного і вегетативного статусу, рівня адаптації з наступною оцінкою якості життя і вирішенням питання про подальшу тактику ведення, у тому числі – включення в індивідуальну патогенетичну терапію адаптолу при підвищеному рівні тривожності і беласпону –при дисбалансі вегетативної регуляції.

**ВИСНОВКИ**

У дисертації подано рішення важливої науково-практичної задачі, пов’язаної з поліпшенням якості життя дітей з аритміями шляхом розробки методики оцінки якості життя, аналізу причин погіршення та диференційованого використання препаратів анксіолітичної та вегетостабілізуючої дії в комплексі лікувально-реабілітаційних заходів.

1. У дітей з аритміями вірогідно частіше, ніж у здорових однолітків, спостерігаються патологічні зміни психоемоційного статусу (74,2±3,6% і 21,6±6,8% відповідно, p<0,001): конфліктність (56,3±4,0% і 21,6±6,8% відповідно, p<0,001), підвищений рівень тривожності (39,1±4,0% і 8,1±4,5 % відповідно, p<0,001), порушення сну (33,8±3,8% 16,2±6,1% відповідно, p<0,05) та ін. При цьому вірогідно частіше (p<0,05) вони реєструються у дівчаток середнього шкільного віку (60,3±4,0%) і у хлопчиків старшого шкільного віку (61,6±4,0%); у дітей, які мають органічні зміни в серці (63,8±4,0%), та в усіх пацієнтів з імплантованим штучним водієм ритму серця.

2. Вегетативна дизрегуляція різного ступеня виявлена у 84,1±3,0% дітей з порушеннями ритму серця, при цьому у 82,6±7,9% хворих з органічними змінами в серці такі аритмії, як хронічна непароксизмальна синусова тахікардія, пароксизмальна тахікардія, супроводжуються гіперсимпатикотонією. Для 66,7±13,6% дітей із синусовою брадикардією, синоаурикулярною блокадою без органічних змін серця характерна ваготонія значного ступеня. Порушення вегетативної регуляції серцевого ритму вірогідно частіше зустрічаються у дівчаток середнього шкільного віку (89,2±5,1%). Встановлено прямий сильний кореляційний зв’язок між параметрами варіабельності ритму серця та показниками кольорового тесту Люшера (r = 0,77) і електричного опору шкіри (r = 0,73).

3. У 79,5±3,3% дітей аритмії супроводжуються зниженням рівня адаптації різного ступеня (у 87,0±4,1% дітей з органічними змінами в серці, у 83,3±10,8% хворих із життєзагрожуючими аритміями, у 73,2±4,9% пацієнтів без органічної патології серця). Установлено сильнішу кореляційну залежність зниження рівня адаптації від ступеня порушень психоемоційного (r = 0,87) і вегетативного (r = 0,92) статусу, ніж від виду аритмії (r = 0,74).

4. Розроблену власну методику комплексної оцінки якості життя дітей з аритміями характеризує висока чутливість (86,0%, інтервальна оцінка 75,6%-93,8%, на рівні значущості р = 0,05), специфічність (100,0%, інтервальна оцінка 94,9%-100,0%, на рівні значущості р = 0,05), низька частка хибнонегативних (14,0%, інтервальна оцінка 6,2%-24,4%, на рівні значущості р = 0,05) і хибнопозитивних прогнозів (0%, інтервальна оцінка 0,0%-5,1%, на рівні значущості р = 0,05).

5. Використаний підхід до оцінки якості життя свідчить про зниження цього показника у 84,8±2,9% дітей з аритміями, що вірогідно частіше (р<0,05) реєструється при наявності штучного водія ритму серця (91,7±8,0%), життєзагрожуючих аритміях (85,2±6,8%), органічних змінах у серці (72,5±5,4%). Провідними причинами зниження якості життя у дітей з аритміями є патологічні відхилення та особливості психоемоційного та вегетативного статусу, зниження адаптаційного потенціалу, наявність ускладнень (синкопальні стани, аритмогенна кардіоміопатія, хронічна серцева недостатність) і обумовлене цим порушення самопочуття.

6. Доповнення стаціонарного комплексу стандартної терапії дітям з аритміями препаратом з анксіолітичною дією “Адаптол” дозволяє зменшити кількість дітей з підвищеним рівнем тривожності до 19,1±5,7% (в групі стандартної терапії – до 54,3±8,4%, p<0,05), диссомнії до 23,4±6,2% (в групі стандартної терапії – до 45,7±8,4%), аритмічним синдромом до 51,1±7,3% (в групі стандартної терапії – до 65,7±8,0%) і досягти тривалішого (38,9±3,6 діб) терапевтичного ефекту (в групі стандартної терапії – 24,5±2,7 доби). Після проведення 3-тижневого курсу беласпону дітям з аритміями в стаціонарному комплексі стандартної терапії у 68,8±8,2% пацієнтів спостерігається нормалізація балансу вегетативної регуляції (в групі стандартної терапії – у 25,7±7,4%), у 71,9±7,9% дітей – зниження рівня конфліктності (в групі стандартної терапії – у 34,3±8,0%), у 65,6±8,4% пацієнтів – позитивна динаміка аритмічного синдрому (в групі стандартної терапії – у 34,3±8,0 дітей), триваліший (43,2±4,1 доби) терапевтичний ефект.

7. При наявності підвищеного рівня тривожності у дитини з аритмією доповнення комплексу реабілітаційних заходів адаптолом дозволяє підвищити ефективність амбулаторного етапу та поліпшити якість життя у 55,3±7,3% випадках (при відсутності препарату – у 47,8±10,4%). Доповнення реабілітаційних заходів беласпоном при наявності у пацієнтів з аритміями вегетативного дисбалансу сприяє вірогідно частішому (p<0,05) поліпшенню показника якості життя (у 62,5±8,6%) у порівнянні з групою, яка не одержувала даний препарат (у 40,0±8,3%).

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Під час обстеження дітей з аритміями доцільно враховувати параметри психоемоційного, вегетативного статусу, рівня адаптації з подальшою оцінкою якості життя за допомогою розробленого опитувача “Якість життя дітей з аритміями” та комплексу запропонованих об’єктивних критеріїв.

2. Для експрес-оцінки стану вегетативної нервової системи у дітей з порушеннями ритму серця доцільно використовувати показники електричного опору шкіри та/або кольорового тесту Люшера.

3. Наявність у дитини з аритмією підвищеного рівня тривожності є показанням для призначення анксіолітика “Адаптол” у дозі 150 мг двічі на день для дітей 6-10 років і 300 мг двічі на день для дітей 11-18 років на протязі 3 тижнів. Виявлення у дитини з порушеним ритмом серця ознак вегетативного дисбалансу є показанням для призначення седативного препарату з вегетостабілізуючою дією “Беласпон” у дозі 1 драже двічі на день для дітей 6-10 років і по 1 драже тричі на день для дітей 11-18 років протягом 3 тижнів.

4. З урахуванням результатів оцінки якості життя та факторів, які впливають на його зниження, диспансерний огляд дітей з аритміями необхідно здійснювати не рідше 1 разу в 3 місяці.

5. Запропоновану методику оцінки ефективності лікувально-реабілітаційних заходів, що базується на показниках якості життя, доцільно використовувати на всіх етапах лікування та реабілітації дітей з порушеннями ритму серця.

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Дубовая А.В., Нагорная Н.В. Адаптация организма как отражение состояния здоровья (обзор литературы) // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2004. – Т. 10, № 4. – С. 61-67. (Підібрала та проаналізувала матеріал, написала статтю).
2. Нагорная Н.В., Бордюгова Е.В., Дубовая А.В. Психоэмоциональный статус и адаптация детей с нарушениями ритма сердца и их коррекция препаратом “Адаптол” // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2004. – Т. 5, № 4. – С. 657-660. (Провела клінічне обстеження дітей, оцінку психоемоційного статусу, рівня адаптації, проаналізувала результати, виконала статистичну обробку отриманих даних).
3. Нагорная Н.В., Седнев В.В., Дубовая А.В. Оценка качества жизни пациентов в терапевтической и педиатрической практике врача (обзор литературы) // Современная педиатрия. – 2005. – № 3(8). – С. 169-173. (Провела літературний огляд, проаналізувала отримані дані, написала статтю).
4. Нагорная Н.В., Уманский В.Я., Дубовая А.В. Оценка уровня адаптации у детей с нарушениями ритма сердца аппаратно-программным комплексом “Диагноз” // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2005. – Т. 9, № 2. – С. 297-301. (Провела клінічне обстеження дітей, оцінку рівня адаптації, проаналізувала результати, виконала статистичну обробку отриманих даних).
5. Нагорная Н.В., Бордюгова Е.В., Дубовая А.В. Качество жизни детей с нарушениями ритма сердца // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2005. – Т. 6, № 4. – С. 638-642. (Провела клінічне обстеження дітей, оцінку якості життя, виконала аналіз результатів, статистичну обробку отриманих результатів, написала статтю).
6. Дубовая А.В. Качество жизни детей с искусственным водителем ритма сердца // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2006. – Т. 7, № 3. – С. 325-329. (Робота виконана самостійно).
7. Дубова Г.В., Нагорна Н.В. Особливості психоемоційного і вегетативного статусу дітей із порушеннями ритму серця за результатами кольорового тесту Люшера // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2006. – № 6. – С. 16-19. (Провела клінічне обстеження дітей, оцінку психоемоційного статусу, проаналізувала результати, виконала статистичну обробку отриманих даних, написала статтю).
8. Дубовая А.В. Вегетативная регуляция сердца и ее состояние при аритмиях (обзор литературы) // Таврический медико-биологический вестник. – 2007. – Т. 10, № 2. – С. 100-103. (Робота виконана самостійно).
9. Нагорная Н.В., Пшеничная Е.В., Дубовая А.В. Вегетативный статус у детей с нарушениями ритма сердца // Медико-соціальні проблеми сім’ї. – 2007. – Т. 12, № 1,2. – С. 66-74. (Провела клінічне обстеження дітей, проаналізувала результати, виконала статистичну обробку отриманих даних, написала статтю).
10. Бордюгова Е.В., Дубовая А.В., Четверик Н.А., Муравская И.Ю., Коваль А.П. Особенности состояния здоровья школьников при интенсивном обучении // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2007. – Т. 11, № 1. – С. 81-85. (Провела оцінку фізичного розвитку, психоемоційного та вегетативного статусу, рівня адаптації, виконала статистичну обробку отриманих даних).
11. Нагорная Н.В., Дубовая А.В., Бордюгова Е.В. Значение оценки качества жизни детей с аритмиями // Анналы аритмологии. – 2007. – № 3. – С. 63-70. (Провела клінічне обстеження дітей, оцінку якості життя, проаналізувала результати, виконала статистичну обробку отриманих даних, написала статтю).
12. Нагорная Н.В., Дубовая А.В. Динамика качества жизни детей с жизнеугрожающими аритмиями после имплантации искусственного водителя ритма сердца // Здоровье ребенка. – 2006. – № 2. – С. 26-30. (Провела клінічне обстеження дітей, оцінку якості життя, проаналізувала результати, виконала статистичну обробку отриманих даних, написала статтю).
13. Нагорная Н.В., Карташова О.С., Дубовая А.В. Взаимосвязь нарушений ритма сердца и проводимости с кардиальными проявлениями синдрома дисплазии соединительной ткани у детей // Университетская клиника. – 2006. – Т. 2, № 1-2. – С. 68-72. (Провела клінічне обстеження дітей, виконала статистичну обробку отриманих результатів).
14. Дубовая А.В. Динамика психоэмоционального и вегетативного статуса детей с аритмиями на фоне комплексных методов их коррекции // Здоровье ребенка. – 2007. – №5 (8). – С. 30-37. (Робота виконана самостійно).
15. Патент №12262. UA. МПК В28С 5/46, А61В 10/02. Спосіб визначення якості життя дітей з порушенням серцевого ритму / ДонДМУ; Н.В. Нагорна, О.В..Бордюгова, Г.В. Дубова, О.В. Пшенична; Заявка № u 2005 09883. – Заяв.20.10.2005; опубл.16.01.2006. – Бюл. № 1. (Запропонувала ідею, оформила заявку, здійснила практичне застосування способу).
16. Патент №12261. UA. МПК В28С 5/46, А61В 5/00. Спосіб визначення ефективності проведеної терапії у дітей з порушенням серцевого ритму / ДонДМУ; Н.В. Нагорна, В.В. Седнєв, О.В. Бордюгова, О.В. Пшенична, Г.В..Дубова; Заявка № u 2005 09881. – Заяв.20.10.2005; опубл.16.01.2006. – Бюл. № 1. (Запропонувала ідею, оформила заявку, здійснила практичне застосування способу).
17. Патент №15818. UA. МПК А61В 10/00. Спосіб комплексної оцінки якості життя дітей з аритмією / ДонДМУ; Н.В. Нагорна, О.В. Бордюгова, Г.В. Дубова, О.В..Пшенична; Заявка № u 2006 00744. – Заяв.27.01.2006; опубл.17.07.2006. – Бюл. № 7. (Запропонувала ідею, оформила заявку, здійснила практичне застосування способу).
18. Оцінка якості життя дітей з порушенням ритму серця та провідності / Н.В..Нагорна, О.В. Бордюгова, Г.В. Дубова, О.В. Пшенична; // Методичні рекомендації. – Донецьк, 2007. – 18 с. (Розробила методику, оформила методичні рекомендації).
19. Спосіб застосування денного транквілізатора (анксіолітика) “Адаптол” в комплексі лікування аритмій у школярів / Н.В. Нагорна, Г.В. Дубова, О.В..Бордюгова // Інформаційний лист. – Київ, 2006. – № 63 – 4 с. (Оформила інформаційний лист, здійснила клінічне впровадження способу).
20. Спосіб визначення якості життя дітей з порушенням ритму серця / Н.В. Нагорна, О.В. Бордюгова, Г.В. Дубова, О.В. Пшенична // Інформаційний лист. – Київ, 2007 – № 8 – 4 с. (Оформила інформаційний лист, здійснила клінічне впровадження способу).
21. Спосіб визначення ефективності терапії у дітей з порушенням серцевого ритму / Н.В. Нагорна, О.В. Бордюгова, Г.В. Дубова, О.В. Пшенична // Інформаційний лист. – Київ, 2007. – № 9 – 4 с. (Оформила інформаційний лист, здійснила клінічне впровадження способу).
22. Нагорна Н.В., Бордюгова О.В., Дубова Г.В. Особливості психоемоційного статусу, якості життя та рівня адаптації у дітей з порушеннями ритму серця // Український медичний альманах. – 2004. – Т.7, № 6. – С. 39-40. (Провела клінічне обстеження дітей, оцінку психоемоційного статусу та рівня адаптації, проаналізувала результати, виконала статистичну обробку отриманих даних, написала статтю).
23. Дубовая А.В. Оценка уровня адаптации организма у детей с нарушениями ритма сердца // Актуальні проблеми клінічної, експериментальної профілактичної медицини та стоматології.– Донецьк, 2004. – С. 76-77. (Робота виконана самостійно).
24. Дубовая А.В. Биоэтические принципы в оценке качества жизни пациентов // Матеріали Третього Міжнародного симпозіуму з бiоетики. – Київ, 2004. – С. 73-74. (Робота виконана самостійно).
25. Бордюгова Е.В., Дубовая А.В., Дудчак А.П., Пшеничная Е.В. Экспресс-методы оценки уровня адаптации организма на санаторном этапе ведения детей // Материалы IV Конгресса курортологов и физиотерапевтов автономной республики Крым. – Евпатория, 2004. – С. 89. (Провела клінічне обстеження дітей, оцінку рівня адаптації, проаналізувала результати, виконала статистичну обробку отриманих даних, написала тези).
26. Дубовая А.В., Бордюгова Е.В., Дудчак А.П., Пшеничная Е.В. Экспресс-методы оценки уровня адаптации у детей с сердечно-сосудистой патологией // Таврический медико-биологический вестник. – Евпатория, 2004. – Т.7, № 3. – С. 7-8. (Провела клінічне обстеження дітей, оцінку рівня адаптації, проаналізувала результати, виконала статистичну обробку отриманих даних, написала тези).
27. Дубова Г.В. Адаптаційний потенціал та індекс Руф’є у дітей з серцево-судинною патологією // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених “Вчені майбутнього”. – Одеса, 2004. – С. 162. (Робота виконана самостійно).
28. Дубовая А.В., Дубовой И.К. Биоэтические принципы в оценке качества жизни детей с сердечно-сосудистой патологией // Матеріали Другого Нацiонального конгресу з бiоетики. – Київ, 2004. – С. 137. (Провела літературний огляд, проаналізувала отримані дані, написала тези).
29. Нагорна Н.В., Бордюгова О.В., Дубова Г.В. Ефективність препарату “Адаптол” у дітей із порушеннями ритму серця // Матеріали II Міжнародного медико-фармацевтичного конгресу “Ліки та життя”. – Київ, 2005. – С. 96. (Провела клінічне обстеження дітей, оцінку ефективності адаптолу, проаналізувала результати, виконала статистичну обробку отриманих даних, написала тези).
30. Нагорная Н.В., Бордюгова Е.В., Дубовая А.В. Роль адаптола в коррекции психоэмоционального и вегетативного статуса детей с нарушениями ритма сердца // Таврический медико-биологический вестник. – 2005. – Т. 8, № 2. – С. 20-21. (Провела клінічне обстеження дітей, оцінку психоемоційного та вегетативного статусу, проаналізувала результати, виконала статистичну обробку отриманих даних, написала тези).
31. Нагорная Н.В., Карташова О.С., Дубовая А.В. Взаимосвязь нарушений ритма сердца с кардиальными проявлениями синдрома дисплазии соединительной ткани у детей // Вестник аритмологии (приложение). – Санкт-Петербург, 2006. – С. 150. (Провела клінічне обстеження дітей, виконала статистичну обробку отриманих результатів).
32. Дубовая А.В. Особенности психоэмоционального и вегетативного статуса детей с нарушениями ритма сердца по данням цветового теста Люшера // Таврический медико-биологический вестник. – 2006. – Т. 9, № 2. – С. 106. (Робота виконана самостійно).
33. Дубовая А.В. Биоэтические подходы к оценке качества жизни детей с нарушениями ритма сердца // Материалы IV Международного симпозиума по биоэтике. – Киев, 2006. – С. 53-54. (Робота виконана самостійно).
34. Бордюгова Е.В., Карташова О.С., Дубовая А.В. Взаимосвязь нарушений ритма сердца и проводимости с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца у детей // Материалы V Российского конгресса “Современные технологии в педиатрии и детской хирургии”. – 2006. – С. 124. (Провела клінічне обстеження дітей, виконала статистичну обробку отриманих результатів).
35. Нагорная Н.В., Бордюгова Е.В., Дубовая А.В. Особенности качества жизни детей с нарушениями ритма сердца // Материалы V Российского конгресса “Современные технологии в педиатрии и детской хирургии”. – 2006. – С. 131-132. (Провела клінічне обстеження дітей, оцінку якості життя, проаналізувала результати, виконала статистичну обробку отриманих даних, написала тези).
36. Дубова Г.В. Особливості якості життя дітей зі штучним водієм ритму серця // Материалы VIII Всеукраинской научно-практической конференции “Актуальные вопросы педиатрии”. – 2006. – С. 25. (Робота виконана самостійно).
37. Дубовая А.В. Роль Белласпона в коррекции психоэмоционального и вегетативного статуса детей с нарушениями ритма сердца // Материалы Украинской научно-практической конференции “Сучасна педіатрія. Проблеми та перспективи”. – 2006. – С. 72. (Робота виконана самостійно).
38. Нагорная Н.В., Бордюгова Е.В., Дубовая А.В., Четверик Н.А., Коваль А.П. Способ улучшения качества жизни школьников с нарушением ритма сердца // Таврический медико-биологический вестник. – Евпатория, 2007. – Т. 10, № 2. – С. 118. (Провела клінічне обстеження дітей, оцінку якості життя, проаналізувала результати, виконала статистичну обробку отриманих даних, написала тези).
39. Нагорная Н.В., Бордюгова Е.В., Дубовая А.В. Метод лечения школьников с психосоматической патологией // Таврический медико-биологический вестник. – Евпатория, 2007. – Т. 10, № 2. – С. 119. (Провела клінічне обстеження дітей, оцінку якості життя, виконала статистичну обробку отриманих даних, написала тези).
40. Дубовая А.В. Значение оценки качества жизни у детей с аритмиями // Материалы II Всероссийского съезда аритмологов, 2007. – № 3. – С. 129. (Робота виконана самостійно).

**АНОТАЦІЯ**

**Дубова Г.В. Якість життя та шляхи його поліпшення у дітей з порушеннями ритму серця. –** Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.10 – педіатрія. – Науково-дослідний інститут медичних проблем сім’ї Донецького національного медичного університету ім. М. Горького МОЗ України, Донецьк, 2007.

У дисертації подано нове рішення важливої науково-практичної задачі, пов’язаної з поліпшенням якості життя дітей з аритміями шляхом розробки методики її оцінки, аналізу причин погіршення та диференційованого використання препаратів анксіолітичної (адаптол), седативної та вегетостабілізуючої (беласпон) дії в комплексі лікувально-реабілітаційних заходів.

Уперше запропоновано спеціальний опитувач “Якість життя дітей з аритміями”, методику комплексної оцінки якості життя дітей з порушеннями ритму серця та оцінки ефективності терапії, що базується на динаміці показників якості життя. Уперше вивчена якість життя дітей з ПРС і аналіз причин, що викликають його погіршення. Установлено залежність зниження ЯЖ не лише від виду аритмії, але й від наявності й ступеня тяжксті порушень психоемоційного й вегетативного статусу. Доведено ефективність і безпечність анксіолітика “Адаптол” та седативного препарату з вегетостабілізуючим ефектом “Беласпон” у дітей з ПРС, визначено показання для їх диференційованого призначення на стаціонарному етапі та при диспансерному спостереженні.

Обґрунтовано можливість використання в якості експрес-методів оцінки вегетативного статусу параметрів електричного опору шкіри та кольорового тесту Люшера на різних етапах лікування та реабілітації.

Доведено, що виявлення порушень психоемоційного й вегетативного статусу та їх корекція за допомогою диференційованого призначення адаптолу (у разі підвищеного рівня тривожності) і беласпону (при вегетативному дисбалансі) у комплексі реабілітаційних заходів забезпечують підвищення їх ефективності та поліпшення якості життя дітей з ПРС.

**Ключові слова:** якість життя, діти, порушення ритму серця, адаптол, беласпон.

**АННОТАЦИЯ**

**Дубовая А.В. Качество жизни и пути его улучшения у детей с нарушениями ритма сердца. –** Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.10 – педиатрия. – Научно-исследовательский институт медицинских проблем семьи Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького МЗ Украины, Донецк, 2007.

В диссертации освещено новое решение важной научно-практической задачи, связанной с улучшением качества жизни детей (КЖ) с аритмиями путем разработки методики его оценки, анализа причин ухудшения и дифференцированного использования препаратов анксиолитического (адаптол), седативного и вегетостабилизирующего (белласпон) действия в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий.

Впервые предложены специальный опросник “Качество жизни детей с аритмиями”, методика комплексной оценки КЖ детей с нарушениями ритма сердца и учета эффективности терапии, основанная на динамике показателя КЖ.

Разработанная методика комплексной оценки КЖ детей с аритмиями характеризуется высокой чувствительностью (86,0%, интервальная оценка 75,6%-93,8%, на уровне значимости р = 0,05), специфичностью (100,0%, интервальная оценка 94,9%-100,0%, на уровне значимости р = 0,05), низкой долей ложноотрицательных (14,0%, интервальная оценка 6,2%-24,4%, на уровне значимости р = 0,05) и ложноположительных прогнозов (0%, интервальная оценка 0,0%-5,1%, на уровне значимости р = 0,05).

Установлено, что у детей с аритмиями достоверно чаще, в сравнении со здоровыми сверстниками, наблюдаются патологические изменения психоэмоционального статуса (74,2±3,6% и 21,6±6,8% соответственно, p<0,001): конфликтность (56,3±4,0% и 21,6±6,8% соответственно, p<0,001), повышенный уровень тревожности (39,1±4,0% и 8,1±4,5% соответственно, p<0,001), нарушения сна (33,8±3,8% 16,2±6,1% соответственно, p<0,05) и др. При этом достоверно чаще (p<0,05) они регистрируются у пациентов с органическими изменениями в сердце (63,8±4,0%), у девочек среднего школьного возраста (60,3±4,0%) и у мальчиков старшего школьного возраста (61,6±4,0%).

Вегетативный дисбаланс различной степени выявлен у 84,1±3,0% детей с аритмиями, при этом у 82,6±7,9% больных с органическими изменениями в сердце такие аритмии, как хроническая непароксизмальная синусовая тахикардия, пароксизмальная тахикардия, сопровождались гиперсимпатикотонией со снижением адаптационного потенциала. У 66,7±13,6% детей, не имевших органических изменений сердца, с синусовой брадикардией, синоаурикулярной блокадой выявлена ваготония значительной степени. Нарушения вегетативной регуляции сердечного ритма достоверно чаще констатированы у девочек среднего школьного возраста (89,2±5,1%) в сравнении с мальчиками и девочками других возрастных групп. Установлена прямая сильная коррелляционная связь между показателями вариабельности ритма сердца и такими методами экспресс-оценки вегетативного статуса, как цветовой тест Люшера (r = 0,77) и электрическое сопротивление кожи (r = 0,73).

У 79,5±3,3% детей с аритмиями выявлено снижение уровня адаптации различной степени (у 87,0±4,1% детей с органическими изменениями в сердце, у 83,3±10,8% больных с жизнеугрожающими аритмиями, у 73,2±4,9% пациентов с аритмиями без органического поражения органа). Установлена более сильная прямая зависимость снижения уровня адаптации от степени нарушений психоэмоционального (r = 0,87) и вегетативного (r = 0,92) статуса, чем от вида аритмии (r = 0,74).

Использованный подход к оценке КЖ выявил снижение данного показателя у 84,8±2,9% детей с аритмиями, которое достоверно чаще (р<0,05) регистрировалось при наличии ИВРС (91,7±8,0%), жизнеугрожающих аритмий (85,2±6,8%), органического поражения сердца (72,5±5,4%). Ведущими причинами снижения КЖ явились патологические изменения и особенности психоэмоционального и вегетативного статуса, снижение уровня адаптации, наличие осложнений (синкопальные состояния, аритмогенная кардиомиопатия, хроническая сердечная недостаточность) и обусловленное этим нарушение самочувствия.

Дополнение стационарного комплекса стандартной терапии детей с аритмиями 3-недельным курсом адаптола позволило достичь снижения уровня тревожности (до 10,6±4,5%), диссомнии (до 23,4±6,2%), регресса аритмического синдрома (до 40,4±7,2%) и более длительного (38,9±3,6 сут., в группе стандартной терапии – 28,7±2,7 сут.) терапевтического эффекта. Проведение 3-недельного курса белласпона в дополнение к стационарному комплексу стандартной терапии характеризовалось достоверно более частой (p<0,05) нормализацией баланса вегетативной регуляции (68,8±8,2% детей) и снижением уровня конфликтности (71,9±7,9%), положительной динамикой аритмического синдрома (65,6±8,4%), более длительным (43,2±4,1 сут.) терапевтическим эффектом.

Дополнительное назначение адаптола в комплексе реабилитационных мероприятий при повышенном уровне тревожности позволило повысить эффективность амбулаторного этапа и улучшить КЖ у 55,3±7,3% детей с аритмиями (при отсутствии препарата – у 47,8±10,4%). Дополнение реабилитационных мероприятий пациентов с аритмиями белласпоном при выявлении вегетативной дисрегуляции способствовало достоверно более частому улучшению показателя (у 62,5±8,6%) в сравнении с детьми, не получавшими данный препарат (у 40,0±8,3%).

**Ключевые слова:** качество жизни, дети, нарушение ритма сердца, адаптол, белласпон.

**SUMMARY**

**Dubova G.V. The Children’s with Heart Arrhythmias Quality of Life and Ways of Its Improvement. –** The manuscript.

The dissertation for the Candidate Degree of Medical Sciences, speciality 14.01.10ю– юPediatrics. – The Scientific Research Institute of Medical and Social Family Problems of M. Gorky Donetsk National Medical University, Ukrainian Ministry of Health Protection, Donetsk, 2007.

The dissertation deals with the solution of a scientifically practical problem of improvement the children’s with heart arrhythmias quality of life by developing the methodology of its estimation, analysing the reasons of deterioration, using differentially the preparations with anxiolytic (Adaptol), sedative and vegetostabilizative (Bellaspon) action. A special questionnaire “The children’s with heart arrhythmias quality of life”, a complex estimation of the children’s with heart arrhythmias quality of life and an account of the therapeutic efficiency methodology, based on the quality of life parameters dynamics are suggested for the first time.

The estimation of the children’s with heart arrhythmias quality of life and the analysis of its deterioration reasons are carried out for the first time. The dependence of quality of life decrease not only on the heart arrhythmia type but also on the presence and degree of expressiveness of the psycho-emotional and the vegetative status disorders is revealed. The efficiency and safety of anxiolytic “Adaptol” and a sedative drug with vegetostabilizative effect “Bellaspon” in children with heart arrhythmias are proved, the indications for the differentiated use of the given medicines are defined. The opportunity of use the vegetative status parameters estimation of skin electric resistance and the Luscher colour test at various stages of treatment and rehabilitation as the express methods is proved. It is proved that the revealing of the psycho-emotional and the vegetative status disorders and their correction with the help of the differentiated use of Adaptol and Bellaspon in a complex of rehabilitation measures allow to raise their efficiency in children with heart arrhythmias.

**Key words:** quality of life, children, heart arrhythmia, Adaptol, Bellaspon.

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ВРСДоплерЕхоКГМКХНБПНПГПБПНПГПРССиндром WPWСиндром CLCСиндром LQTСССВХСНШВРСЕКГЯЖ | – варіабельність ритму серця– доплерехокардіографія– Міжнародна класифікація хвороб– неповна блокада правої ніжки пучка Гіса– повна блокада правої ніжки пучка Гіса– порушення ритму серця– синдром Вольфа-Паркінсона-Вайта– синдром Клерк-Леві-Крітеско– синдром подовженого інтервалу QT– синдром слабкості синусового вузла– хронічна серцева недостатність– штучний водій ритму серця– електрокардіографія– якість життя | – атріовентрикулярна блокада– адаптаційний потенциалвегетативна нервова системавроджена вада серцяваріабельність ритму серцядоплерехокардіографіяіндекс Руф’єкольоровий тест Люшерапорушення ритму серцясиндром слабкості синусового вузлахронічна серцева недостатністьшвидкість переробки інформаціїштучний водій ритму серцяелектрокардіографіяелектричний опір шкіриякість життя |

Підписано до друку 10.12.2007 р.

Папір офсетний. Друк різографія.

Наклад 100 прим. Зам. № 1210-27

Надруковано ТОВ «Аналітичний Центр»

м.Донецьк, б.Шевченка, 31

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>