

дільної кардіології, незважаючи на його відносно високу протиаритмічну ефективність.

В той же час, при використанні субмінімальних доз дігоксину, відмічено покращення процесів обміну в міокарді і зрівноваження нервово-гуморальної регуляції серцевої діяльності. Це дало нам право припустити, що використання етазізину в комплексі з субмінімальними дозами дігоксину, останній зменшить побічну дію ефективного протиаритмічного препарату.

На такій комбінованій терапії знаходилось 30 дітей із стійкими порушеннями серцевого ритму. Терапія етазізином проводилась за змислою схемою. В поданні з протиаритмічним препаратом діти отримували субмінімальні дози дігоксину, які залежали від вихідного функціонального стану міокарда.

В результаті проведеного комплексного лікування етазізином і субмінімальними дозами дігоксину протиаритмічний ефект відмічено у 26/30, 87% із 30 дітей з порушенням серцевого ритму, із них у всіх 14 хворих з надшлуночковим, у 2/із 3/ - лівошлуночковим, у 7/із 10/ - правшлуночковим і у одній дитині: /із 1/ - політопним екстрасистолієм; у двох дітей з суправентрикулярно і шлуночковим формами пароксизмальної тахікардії. Не зареєстровано позитивної протиаритмічної дії лікування у двох із парасистолієм.

В залежності від нослості протиаритмічна ефективність комплексного лікування була наступною: у 3/із 4/ дітей з дистрофією міокарда, у 4/із 5/ - вегетосудинної дистонією і у 10/із 13/ - неревматичним кардитом.

В залежності від стану вегетативної нервової системи: позитивна протиаритмічна дія спостерігалась у 3/із 5/ хворих з симпатотонічним направленням регуляції серцевої діяльності, у всіх 9 дітей - нормотонічними і у 4/із 8/ - ваготонічними.

Проведене лікування привело до тенденції в сторону нормалізації показників шкортливості міокарда: ІС /від 8,56±0,50 с до 20,40±3,8/; ІІС /від 0,054±0,004 с до 0,047±0,003/; ІІІІ /від 2,3 ± 0,09 ум.од. до 2,5 ± 0,30/; ВСІ /від 3,58±,7% до 83,90±,80/. Більш значні зрушення відбулись в насосній функції міокарда. Так, нормалізувались УОК, ХОК, С, УДЛш, УДЛп. Збільшився класевий запас лівого шлуночка - СТЧ /від 18,72±,44% до 20,08±,88/. Нормалізувались показники кінетики міокарда в період систоли - Ус /р<0,001/ і діастолі - Уд /р<0,05/.

Лікування дітей з серцевими аритміями етазізином і субміні-

мальними дозами дігоксину не привело до негативних змін з боку вегетативної нервової системи, що було характерним при використанні протиаритмічних препаратів. Відмічено лише незначне збільшення вегетативної реактивності і СН. Поряд з цим, зменшилась активність центрального контуру вегетативної регуляції /від 61,62±16,26 ум.од. до 55,63±13,06/, який за нашим припущенням відіграє ключову роль в патогенезі порушень серцевого ритму.

Проведене дослідження свідчить про високу протиаритмічну ефективність етазізину в комплексі з субмінімальними дозами дігоксину при лікуванні дітей із стійкими порушеннями серцевого ритму. Позитивна дія комплексної терапії спостерігалась практично при всіх видах серцевих аритмій і значно переважала по ефективності монотерапію етазізином, кордароном і тразикором.

Важливий і той факт, що при даному способі терапії посилювалась стійкість протиаритмічного ефекту, можливо за рахунок покращення функціонального стану міокарда. Так, через місяць після закінчення курсу терапії серцевий ритм як правильний розцінений у 18/81,81% /із 22 хворих.

Зважаючи на вищевказане можливе закінчення, що при необхідності використання в терапії порушень серцевого ритму у дітей протиаритмічних препаратів перевагу належить віддати етазізину в комплексі з субмінімальними дозами дігоксину, які мають більш тривалій і широкій патогенетичний спектр протиаритмічної дії.

Наші клінічні спостереження за дітьми з серцевими аритміями показують, що у ряді випадків патогенетичним фактором розвитку дистрмії являються вегетативні і нервові розлади, на фоні відсутнього клінічного враження самого серця, на що вказують також і ряд дослідників /Лебедев С.А., 1984; Сукач Л.И., 1986/.

Нами виділена група із 37 дітей з порушенням серцевого ритму, у яких основними клінічними проявами була підвищена активність симпатичного відділу вегетативної нервової системи.

Виходячи з першопричинності в лікуванні, у нас виникла необхідність селективного пригнічення гіперсимпатикотонічного впливу на серцеву діяльність. Про можливість такого впливу свідчать поодинокі дослідження при використанні фізіотерапевтичних методів в лікуванні порушень серцевого ритму /Карацевцева Т.В. і співавт., 1985/ і рефлекторної акупунктури /Калуштин А.В., 1986/.

З метою нормалізації вегетативної нервової системи і підвищення протиаритмічної ефективності нами апробовані метод лазер-

ної рефлексотерапії на 8 біологічно активних точках. За допомогою вітчизняного гелій-неоновий лазерного апарата діляність пучка 1,5 мВт протягом однієї хвилини впливали на біологічно активні точки /МС6 і С7 лівої і правої руки, У₁₅ - У₁₈/ протягом 10 днів.

На даному способі немедикаментозного лікування знаходилось 37 хворих /16 хлопчиків і 21 дівчинка/ з порушенням серцевого ритму.

В результаті проведеної лазерної рефлексотерапії позитивна протиритмічна дія зареєстрована у 21/56,75% дитини, із них у 9 /із 11/ з надшлуночковою, у однієї /із 3/ - лівшлуночковою, у 5 /із 10/ - правшлуночковою екстрасистолією; у 5 /із 7/ дітей з пароксизмальною тахікардією; у однієї дитини /із 2/ з міграцією серцевого ритму. Не відмічено також позитивної протиритмічної дії у дитини з політопною екстрасистолією і у 2 з пароксизмальною тахікардією на фоні Вольфа-Паркінсона-Уайта синдрому. Тобто, переважала протиритмічна ефективність даного способу немедикаментозного лікування у дітей з надшлуночковою формою пароксизмальної тахікардії.

Про патогенетично напружену протиритмічну дію лазерної акупунктури, через пригнічення гіперсимпатикотонічного впливу на серцеву діяльність, вказуєть КІГ дослідження. Так, після прорвченого лікування відмічено зростання, в сторону нормалізації, гуморального - Мо /від 0,69±0,01 с до 0,72±0,02, р>0,05/ і парасимпатичного впливу - Дх /від 0,23±0,02 с до 0,27±0,03, р>0,05/. Разом з тим відбулась тенденція до зменшення гіперсимпатикотонії - Амо /від 27,12±1,96% до 23,95±1,7%, р>0,05/, Амо/Дх /від 92,27±35,78 ум.од. до 34,86±9,01, р>0,05/; зменшення активності центрального контуру вегетативної нервової системи - ІН₁ /від 165,2±36,0 ум.од. до 100,54±15,87, р>0,05/ і нервового впливу - Амо/Мо /від 40,36±3,43 ум.од. до 34,57±2,53, р>0,05/. Достовірно зменшився рівень вегетативної реактивності /від 3,46±0,56 ум.од. до 2,02±0,21, р>0,05/. Також зменшився середній індекс напруження /від 206,97±2,03 ум.од. до 164,92±22,90, р>0,05/.

За час лікування не відбулось особливих змін насосної функції міокарда. Децо покращився субендокардіальний кровообіг, враховуючи зміни ІММ /від 0,87±0,06 ум.л.д. до 1,02±0,08, р>0,05/. Як результат зменшення гіперсимпатикотонічного впливу можливо розцінити зміни, max ар/аі /від 1492,45±160,75 мм рт.ст. до 1046,19±69,11, р>0,05/ і тиску /від 70,37±4,20 мм рт.ст. до 61,56±4,99, р>0,05/ лівого шлуночка. Разом з тим, зареєстровано зменшення таких показ-

ників скоротливості міокарда як Усе /від 0,78±0,07 довж. м"язів х с-1 до 0,62±0,04, р<0,05/ і Умах /від 1,29±0,08 довж. м"язів х с-1 до 1,10±0,05, р<0,05/. Практично не відбулось змін показників характеризуючих систолу міокарда.

Отже, як і передбачалось, протиритмічна дія лазерної акупунктури ґрунтується на зменшенні активності симпатичної ланки вегетативної нервової системи і особливо ефективно, за нашими дослідженнями, у дітей з надшлуночковою екстрасистолією і суправентрикулярною формою пароксизмальної тахікардії.

При обстеженні дітей з порушенням серцевого ритму ками виявлена група хворих з ваготонічними проявами, на фоні некомпенсованого вегетативного забезпечення серцевої діяльності. У цих дітей не відбулось адекватної реакції з боку вегетативної нервової системи на зміну фізичного стану дитини, або на враження серцевого м"язу.

Під нашим спостереженням знаходилось 24 дитини /12 хлопчиків і 12 дівчаток/ з порушеннями серцевого ритму, у віці 3-14 років, з переважанням парасимпатичних проявів вегетативного забезпечення серцевої діяльності.

Враховуючи загальновідомі впливи водних процедур на покращення функціонального стану нервової і вегетативної нервової системи, підвищення реактивності і адаптаційних можливостей організму, при лікуванні даної групи хворих із серцевими аритміями нами апробований метод лазерного дула. Застосовувався лазерний душ за допомогою апарату УДЛ-01 гелій-неонова випромінювання потужністю 5-7 мВт 1-3 хвилини протягом 10 днів.

В результаті проведеного лікування протиритмічний ефект відмічено у 13/54,15% із 24 хворих порушенням серцевого ритму, із них у 9 /із 14/ з надшлуночковими, по одній дитині /із 4/ з лівшлуночковими екстрасистоліями, а також у 2 дітей з суправентрикулярною формою пароксизмальної тахікардії. Отже, при використанні лазерного дула в лікуванні дітей з серцевими аритміями на фоні ваготонічної вегетативної дезадаптації досягається позитивний протиритмічний ефект переважно з надшлуночковою екстрасистолією і суправентрикулярною формою пароксизмальної тахікардії.

Даний метод немедикаментозного лікування не впливав на насосну функцію міокарда, його субендокардіальний кровообіг. Відмічені лише негативні зміни деяких показників скоротливості серцевого м"язу: за: СМО₂ /від 17,09±1,20 мл/хв до 22,31±1,34, р<0,05/, Т /від 0,10±

0,003 с до 0,114±0,005, p<0,05/, ІНІ /від 26,73±0,79% до 31,60±1,23, p<0,01/, ВСР /від 84,25±0,52% до 80,85±1,26, p<0,01/.

КІГ дослідження виявили достовірні зміни у підвищенні активності центрального контуру вегетативної нервової системи - ІН₁ /від 53,51±5,72 ум.од. до 79,20±8,77, p<0,05/, а також деяке збільшення ВР /від 1,89±0,35 ум.од. до 2,62±0,50, p>0,05/ і СІВ /від 83,88±14,13 ум.од. до 124,51±21,11, p>0,05/. Всі ці переміни можуть свідчити про посилення компенсаторних можливостей вегетативного забезпечення серцевої діяльності у даної групи дітей з порушенням серцевого ритму.

Таким чином, лазерний душ, як і лазерна акупунктура, мають право на використання при лікуванні дітей з суправентрикулярною екстрасистолею і пароксизмальною тахікардією на фоні відповідних змін з боку вегетативної нервової системи.

Патогенетично направлена медикаментозна і немедикаментозна терапія у дітей з серцевими аритміями, за час стаціонарного лікування, не виявила протитаритмічної дії у 128/40,25% із 318 хворих, а у 35/11,0% /дітей дизритмії відновились на протязі місяця після виписки. Наші дані співпадають з дослідженнями ряду авторів, які проводячи багаторічні спостереження за дітьми з порушенням серцевого ритму відмічають, що у багатьох дітей аритмії залишаються на протязі тривалого часу /Тернова Т.А, 1976; Чашева А.О, 1985/.

Можливо, що 2-3 тижнів недостатньо для відновлення електричної стабільності серцевого м'язу. Так, за час стаціонарного лікування у обстежених дітей з порушенням серцевого ритму нами зареєстрована лише тенденція до нормалізації діяльності із вивчених показників. Отже, діти із серцевими дизритміями потребують продовження лікування у поліклініці.

З метою розробки патогенетично направленої терапії, на протязі 1-3 років нами велись спостереження за 61 дитиною із стійкими серцевими аритміями. Порушення серцевого ритму у 22 дітей виникло на фоні неревматичного кардиту, у 24 - дистрофії міокарда і у 14 - вегетосудинної дистонії. Із 61 дитини на етапі стаціонарного лікування 27 отримували протитаритмічні засоби, 16 - загальнопрійнятну терапію основного захворювання, 3 - субмінімальні дози дігоксину, 13 - лазерну акупунктуру і 2 - лазерний душ.

В кінці стаціонарного лікування, дослідження функціонального стану міокарда у 61 дитини із стійкими порушеннями серцевого ритму виявило достовірне зменшення, в порівнянні з нормою, таких по-

казників як КДТ /p<0,001/, Е /p<0,001/, Кбл /p<0,001/, Ке /p<0,01/, ВСі /p<0,001/, а збільшення Г /p<0,001/, ФІС /p<0,001, ІНІ /p<0,001/, Кт /p<0,01/, тиску в'легеневих артерійх /p<0,05/ і СМО₂ /p<0,05/. Достовірне зменшення СІПЧ і ІЖ₁ характеризували рівень субендокардіального кровопливу.

Дослідження стану вегетативної нервової системи у цієї групи дітей за допомогою КІГ свідчило про наявність вегетативної дезадаптації, у вигляді зменшення активності парасимпатичного відділу - Δх /p<0,001/ і збільшення симпатичного - Δмс /p<0,001/, Δмс/Δх /p<0,01/, підвищення активності центрального контуру вегетативної регуляції - Іп₁ /p<0,05/ і нервового впливу на серцеву діяльність - Δмо/мо /p<0,05/.

В залежності від виявлених змін функціонального стану міокарда і вегетативного забезпечення серцевої діяльності діти були розподілені на три групи: 24 дітей з переважанням метаболічних змін в серцевому м'язі, 19 - з переважанням вегетативної дезадаптації і 18 - із сполученням метаболічних і вегетативних змін. В залежності від цього, діти 2-3 місяці в продовження стаціонарного лікування, а остім двічі на рік, при гіперсимпатикотонії отримували фітотерапію заспокійливої дії і масаж акупунктурних точок; при ваготонії - бальнеотерапію; з порушенням скоротливої здатності міокарда отримували метаболітну терапію. Хворі із сполученням вегетативних і метаболічних змін отримували комбіновану терапію. Лікування дітей із стійкими порушеннями серцевого ритму проводилось на фоні нормалізації розпорядку дня і фізичної активності, виключення психотравмуючих факторів.

На протязі 1-3 років амбулаторної патогенетично направленої терапії у 61 хворого із стійкими дизритміями відбулась нормалізація серцевого ритму у 17/27,86% дітей. Найбільша протитаритмічна дія зареєстрована у групі дітей з переважанням змін скоротливої здатності міокарда - у 9 із 24 хворих, із них у 5 /із 10/ з надшлуночковою, у одного /із 2/ - лівошлуночковом, у 3 /із 5/ - правшлуночковом і у одного /із 2/ - політопном екстрасистоліями; у одного /із 2/ з суправентрикулярном формом пароксизмальної тахікардії. Не досягнуто протитаритмічного ефекту у 2 хворих з міграцією серцевого ритму і у одній дитини з пароксизмальном тахікардією на фоні Вольфа-Паркінсона-Уайта синдрому.

У групі дітей з вегетативном дезадаптаціям амбулаторне лікування виявило протитаритмічний ефект у 5 /із 19/ хворих із супра-

вентрикулярно екстрасистолією. Не відмічено протіаритмічної дії у 3 дітей з надшлуночковим, у 2 - лівошлуночковим і у 4 - правощуночковим екстрасистоліями, у 3 з пароксизмальнов тахікардією на фоні Вольф-Паркінсона-Уайта синдрому.

Найменшу протіаритмічну ефективність відмічено при амбулаторному лікуванні дітей, у яких спостерігались як метаболітні, так і вегетативні зміни. У цієї групи зареєстрована нормалізація ритму лише у 3 /із 16/ хворих. Не відбулось нормалізації електричної активності міокарда у 4 /із 7/ хворих із суправентрикулярною, шлуночковими і політопними екстрасистоліями.

Патогенетичну направленість терапії підтверджували дослідження функціонального стану міокарда і вегетативної нервової системи. Так, у групі дітей з порушенням скоротливої здатності серцевого м'яза, де лікування метаболітними препаратами виявило найбільшу протіаритмічну дію, відмічена нормалізація таких показників як $E /p < 0,05/$, $KIT /p < 0,001/$, $УОК /p < 0,01/$, $ХОК /p < 0,01/$, $СІ /p < 0,05/$, $Уддш /p < 0,01/$, $Удлш /p < 0,01/$, $Уе /p < 0,001/$. При цьому відбулось також достовірне зменшення активності центрального констур вегетативної регуляції - $ІН_1 /p < 0,05/$.

У дітей, які отримували патогенетичну вегетотропну терапію зареєстровано лише достовірне збільшення $PR_{шл} /p < 0,01/$, без інших змін функціонального стану міокарда. КІГ дослідження виявили зменшення активності центрального констур вегетативної регуляції - $ІН_1 /від 69,04 \pm 27,56$ ум.од. до $76,34 \pm 15,78$, $p > 0,05$, при нормі $42,80 \pm 2,30/$, симпатичного впливу - $Амо/Дх /від 124,92 \pm 36,87$ ум.од. до $104,41 \pm 22,20$, $p > 0,05$, при нормі $57,91 \pm 0,40/$, вегетативної реактивності /від $2,67 \pm 0,24$ ум.од. до $2,17 \pm 0,21$, $p > 0,05$, при нормі $1,90 \pm 0,07/$, $СІН /від 207,45 \pm 29,85$ ум.од. до $116,27 \pm 16,24$, $p < 0,05$, при нормі $62,06 \pm 0,58/$.

У групі дітей, які знаходились на комплексній патогенетичній терапії практично не відбулось позитивних зрушень функціонального стану міокарда. З боку вегетативної нервової системи відмічена тенденція до збільшення активності парасимпатичного відділу, на що вказує показник КІГ досліджень - $Дх /від 0,25 \pm 0,042$ с до $0,30 \pm 0,073$, $p > 0,05$, при нормі $0,307 \pm 0,01/$ і зменшення вегетативної реактивності /від $3,05 \pm 1,28$ ум.од. до $2,35 \pm 1,28$, $p > 0,05$, при нормі $1,90 \pm 0,07/$.

За результатами проведених досліджень можна зробити висновок, що діти із стійкими порушеннями серцевого ритму потребують етапно-

го лікування з вилученням метаболітної і /або/ вегетотропної терапії, 1-3 місяці після виписки із стаціонару, а потім двічі на рік. Більша протіаритмічна ефективність метаболітної терапії свідчить про її достатність. В той же час, вегетотропна терапія потребує доповнення і призначення в кожному випадку спільно з дитячим психоневрологом.

Трое дітей з частими приступами пароксизмальної тахікардії на фоні Вольф-Паркінсона-Уайта синдрому, незважаючи на комбіновану терапію протіаритмічними препаратами /кордарон + етацин/ , метаболітними, вегетотропними, були прооперовані у центрі хірургічного лікування складних порушень серцевого ритму м.Каунас. В теперішній час у цих дітей серцевий ритм синусний.

Таким чином, індивідуалізована патогенетично направлена терапія порушень серцевого ритму у дітей являється основою ефективного протіаритмічного лікування і профілактики прогресування захворювання.

В И С Н О В К И

1. За даними дитячого кардіоревматологічного центру і відділення ДКІ № 2 м.Києва в останні роки відмітилось зростання числа дітей з порушенням серцевого ритму із 9,57% від всіх кардіоревматологічних хворих в 1989 році, до 13,79% в 1992 році, за рахунок екстрасистолії - 247/77,67% і пароксизмальної тахікардії - 50/15,71%, з переважанням дітей 8-12 років - 123/38,67% від 318 обстежених.
2. Встановлено, що основними причинами при порушеннях серцевого ритму у дітей є хронічна вогнищева інфекція ЛОР органів у 112 /35,22%, неревматичний кардит у 71 /22,32%/, перинатальне враження центральної нервової системи у 64/20,12%/, захворювання шлунково-кишкового тракту у 38/11,94% /із 318 обстежених.
3. Серцеві арitmії, незалежно від виду, частіше виникають при зменшенні скоротливої і насосної функції міокарда, швидкості і прискоренні роботи серцевих структур, субендокардіального кровопливу, при цьому, вираженість цих змін залежить від основного захворювання.
4. Доводить метаболітні зміни і, можливо, провокує виникнення аритмії дисфункція адаптаційно-регуляторних механізмів вегетативного забезпечення серцевої діяльності, з переважанням гіперсимпатикотонії - у 254/79,87% /із 318 хворих.
5. При гіперкінетичному типі порушень кровообігу лікування захво-

рвання, на фоні якого розвинулась дисритмія, сприяло нормалізації серцевого ритму у 13 із 20 хворих неревматичним кардитом, 8 із 31 дистрофією міокарда і 23 із 50 дітей з вегетосудинною дистонією, при цьому, покращувались показники центральної гемодинаміки, але зберігалась нейровегетативна дезадаптація регуляції серцевого ритму.

6. Використання субмінімальних доз дігоксину нормалізувало серцевий ритм у 16 із 28 дітей з проявами гіпокінетичного типу порушень кровообігу, через покращення центральної гемодинаміки і зрівноваження нейрогуморального впливу на серцеву діяльність.

7. Відсутність протиаритмічного ефекту від лікування основного захворювання і терапії дігоксини в субмінімальних дозах, на фоні значних змін скоротливості і розслаблення міокарда при екстрасистолії, неефективності вагусних спроб при доступі пароксизмальної тахікардії є прямими показаннями для призначення протиаритмічних препаратів.

8. Протиаритмічні препарати етацизин, кордарон, тразакор у дітей з серцевими аритміями виявились ефективними відповідно у 16 із 21 хворого, 22 із 33 і 16 із 31, але, у всіх хворих використанні препаратів понижувало скоротливу здатність міокарда, посилювало процеси вегетативної дезадаптації і мало незначну стійкість протиаритмічного ефекту.

9. Посилке стійкість протиаритмічного ефекту і підвищує протиаритмічну дію у 26/81, 25% із 32 хворих / комплексне використання етацизину з субмінімальними дозами дігоксину, що низьке нагатишний вплив етацизину на скоротливу функцію міокарда і вегетативне забезпечення серцевої діяльності.

10. У дітей з переважанням вразень вегетативної регуляції серцевої діяльності використання немедикаментозних методів лікування показало, що:

10.1. Вливання лазерним лучком на біологічно активні точки серцевого меридіану у 37 хворих з порушеннями серцевого ритму одержаний протиаритмічний ефект у 21 і достовірне зменшення вегетативної реактивності, покращення серцевого кровопливу.

10.2. Використання лазерного дугла у 24 дітей було ефективним в нормалізації ритму у 13, при достовірному збільшенні активності центрального контуру вегетативної нервової системи і компенсаторних можливостей вегетативного забезпечення серцевої діяльності.

11. На протязі 1-3 років спостереження за 61 дитиною із стійкими порушеннями серцевого ритму відмічено його нормалізацію у 17, при використанні патогенетично направленої терапії: метаболічних препаратів при порушенні скоротливості міокарда; фітотерапії заспокоїливої дії і масаж акупунктурних точок при гіперсимпатикотонії; бальнеотерапії при ваготонії, 1-3 місяці після стаціонарного лікування, а потім двічі на рік.

12. Троє дітей з частими приступами пароксизмальної тахікардії і відсутністю ефекту від комбінованої протиаритмічної терапії, прооперовані в центрі хірургії складних порушень серцевого ритму. У цих дітей приступи не повторювались на протязі 2-3 років.

13. Визначення причин аритмії, функціонального стану серцевого м'язу за і вегетативної нервової системи є основов ефективного, індивідуалізованого, патогенетично направленого медикаментозного і немедикаментозного лікування і профілактики прогресування порушень серцевого ритму у дітей.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для з'ясування основних механізмів розвитку порушень серцевого ритму у дітей необхідно встановити захворювання, яке сприяє розвитку дисритмії, дослідити функціональний стан міокарда і нейровегетативної регуляції серцевої діяльності.
2. У дітей з гіперкінетичним типом порушення кровообігу і незначними змінами скоротливості міокарда першим етапом в нормалізації серцевого ритму є лікування захворювання, на фоні якого розвинулась дисритмія.
3. У дітей із порушенням серцевого ритму на фоні гіпокінетичного типу кровообігу протиаритмічна ефективність досягається терапією дігоксином в субмінімальних дозах, індивідуально розрахованими виходячи із ступеня порушення скоротливої здатності лівого шлуночка: при I ступені гіпокінезії - 0,0015-0,0025 мг/кг, при II ступені - 0,0025-0,0040, при III ступені - 0,0040-0,0055 мг/кг ваги дитини за добу перорально, в 2 прийоми.
4. Прямим показанням для призначення протиаритмічних препаратів є відсутність ефекту від терапії основного захворювання і дігоксином в субмінімальних дозах, на фоні значних змін скоротливості і розслаблення міокарда при екстрасистолії, неефективності вагусних спроб при доступі пароксизмальної тахікардії.
5. Найбільш ефективним із протиаритмічних препаратів є етацизин,

в порівнянні з кордароном і тразикором. Оптимальна терапевтична доза етацизину 1-2 мг/кг ваги на добу, по схемі в залежності від виду аритмії: екстрасистолія - 5 днів по 1-2 мг/кг ваги на добу, в 3 прийоми; 5 днів по 0,5-1 мг/кг ваги на добу, в 3 прийоми; 5 днів по 0,25-0,5 мг/кг ваги на добу, в 3 прийоми; пароксизмальна тахікардія - 2-3 прийоми з інтервалом у 1 годину, до купірування приступу.

6. Для нівелювання негативної дії етацизину на скоротливість міокарда і вегетативного забезпечення серцевого ритму, підвищення ефективності і посилення протиритмічної стійкості, рекомендується комплексне його використання з субінімагніми дозами дігоксину.
7. Для зниження вегетативної реактивності і покращення серцевого кровопливу, підвищення протиритмічної ефективності показана дія гелій-неонового лазерного пучка 1,5 мкВат 1,5 хвилини на біологічно активні точки М6, С7 лівої і правої руки, У15-У18 на протязі 10 днів.

пунктурних точок при гіперсимпатикотонії, бальнеотерапії при

них порушень серцевого ритму.

СПИСОК РОБІТ, НАДРУКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Докл. У Республ. конф. молодих учених-медиків УРСР. - Харьков, - 1984. - С. 135.

фекційно-аллергічних
кл. У съезде фармакологов
союз. Афанасьев Е.Н.,
И.М., Корницкая А.И./.
у дітей // Педиатрія,
- С. 35-37. / співавт.
В./.
пораження міокарда у
рачей УРСР. - Тернополь.
/.
ання порушень ритму сер-
некологія. - 1989. -
С.П., Кравчук Е.П./.
ливості міокарда при
акулерство і гінеколо-
Сідельников В.М.,
ей з порушенням серце-
некологія. - 1990. -
С., Скварська О.О./.
терапії и пармидина на
атизмом // Тез. докл.
ии и гемоксигуляції в
- С. 327-328. / соавт.
ина Н.В./.
етей // Тез. докл. у
кспериментально фарма-
ых средств" - Тбилиси. -
С., Казак С.С., Чашеван
ирические критерии по-
ратов // Тез. докл.
з действіе лекарств" -
Волгосовец А.П., Кри-
ельной активности мио-
к // Тез. докл. Всесо-

- ваз. науч.-практ. конф. "Современные аспекты дифузных болезней соединительной ткани у детей". - Москва. - 1991. - С. 63-64. /соавт. Сидельников В.М., Волосовец А.П., Кривоустов С.П./.
13. Спосіб лікування екстрасистолічної аритмії у дітей // Педіатрія, акушерство і гінекологія. - 1992. - № 1. - С. 28-29. /опівавт. Сидельников В.М., Волосовец О.П., Кривоустов С.П./.
14. Функціональний стан міокарду в період діастолу у дітей з набутими захворюваннями серця // Педіатрія, акушерство і гінекологія. - 1992. - № 4 - С. 19-21. /співавт. Сидельников В.М., Волосовец О.П., Кривоустов С.П./.
15. До питання про лікування екстрасистолічної аритмії у дітей // Тез. допов. ІV Конгресу І СМУДУ. - Харків. - 1992. - С. 229-230. /співавт. Сидельников В.М., Волосовец О.П., Кривоустов С.П./.
16. Диагностические возможности ультразвуковых методов исследования в оценке сократительной способности миокарда при приобретенных заболеваниях сердца у детей // Тез. докл. Междун. конф. "Ультразвуковые методы в современной клинике" - Харьков. - 1992. - С. 177. /соавт. Сидельников В.М., Волосовец А.П., Кривоустов С.П./.
17. Спосіб немедикаментозного лікування порушень ритму серця у дітей // Педіатрія, акушерство і гінекологія. - 1993. - № 2. - С. 32.
18. Структура порушений серцевого ритма у дітей // Тез. докл. Украин. науч.-практ. конф. "Теоретические и клинические вопросы детской кардиологии". - Харьков. - 1993. - С. 22-23. /соавт. Балкина Н.В., Чащевая А.А., Кравченко Е.В./.
19. Патогенетическая терапия аритмий сердца у детей // Тез. докл. Украин. науч.-практ. конф. "Теоретические и клинические вопросы детской кардиологии" - Харьков. - 1993. - С. 75-76.
20. Організація спеціалізованої кардіоревматологічної допомоги дітям міста Києва // Тез. допов. ІХ з'їзду дитячих лікарів України. - Одеса. - 1993. - С. 7-8. /співавт. Афанас'єв Є.М., Кривоустов С.П., Чащева А.О., Давидова Т.О./.
21. Медикаментозна терапія порушень серцевого ритму у дітей // Педіатрія, акушерство і гінекологія. - 1993. - № 4. - С. 3-6. /співавт. Сидельников В.М., Волосовец О.П., Кривоустов С.П./.
22. Методика застосування серцевих глікозидів у дитячому віці // Педіатрія, акушерство і гінекологія. - 1993. - № 5-6. - С. 30-

32. /співавт. Сидельников В.М., Волосовец О.П., Кривоустов С.П., Ганна діагностика та особливості перебігу ревматизму у дітей, що проживають в умовах підвищеного ризику радіаційного впливу // Тез. допов. І Конгресу ревматологів України. - Тернопіль. - 1993. - С. 115. /співавт. Сидельников В.М., Волосовец О.П., Кривоустов С.П./.
24. Субминимальные дозы дигоксина в лечении нарушений сердечного ритма // Тез. докл. Республ. научн. конф. "Новое в клинической фармакологии и фармакотерапии заболеваний внутренних органов" - Харьков. - 1993. - С. 130 /соавт. Сидельников В.М., Волосовец А.П., Кривоустов С.П./.
25. Результати катамnestичного спостереження за дітьми з порушеннями серцевого ритму // Педіатрія, акушерство і гінекологія. - 1994. - № 1. - С. 31-32.

Винаходи

1. Спосіб диференціальної діагностики органістическої і функціональної екстрасистолії у дітей. А.с. І78В192. /соавт. Сидельников В.М., Волосовец А.П., Кривоустов С.П./.
2. Спосіб лічення екстрасистолістическої аритмії. № заявки 4920772/14 - подомательное решение от 3.03.92 г. /соавт. Сидельников В.М., Волосовец А.П., Кривоустов С.П./.

Методичні рекомендації

1. Патогенетическое лечение нарушений ритма сердца у детей. - Киев. - 1992. - 18 с. /соавт. Сидельников В.М., Волосовец А.П., Кривоустов С.П., Чащевая А.А., Мазур А.И./.
- Інформаційні листи
1. Діагностика и лечение инфуционно-аллергического миокардита у детей. - Киев. - 1992. /соавт. Сидельников В.М., Казаак С.С., Іолопихо Л.И./.
2. Ультразвуковая доплеркардиография в оценке сократительной способности миокарда в норме и патологии у детей. - Киев. - 1990. /соавт. Сидельников В.М., Волосовец А.П., Кривоустов С.П., Казаак С.С./.
3. Діагностика та лікування набутих захворювань серця у дітей. - Київ. - 1992. /співавт. Сидельников В.М., Казаак С.С., Волосовец О.П., Кривоустов С.П., Балкина Н.В./.

Зас.с. 06605 1994.