

ОСОБЛИВОСТІ КОРОТКОГО ЗАПISУ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Донченко К., Кукочка В., Маньківська Д., Попова А., Борода О.

Наукові керівники: проф. Потяженко М., ас. Корняк А.

**Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет**

Гіпертонічна хвороба (ГХ) є однією з основних факторів ризику виникнення інфаркту міокарда та мозкового інсульту, які мають велику смертність та інвалідність.

Мета: оцінити спектральні показники короткого запису варіабельності серцевого ритму (ВРС) у пацієнтів з гіпертонічною хворобою задля підвищення ефективності заходів із попередження виникнення ризику ушкодження органів-мішеней.

Матеріали і методи: у дослідження були включені 30 хворих на ГХ II стадія (основна група) та 20 практично здорових осіб (контрольна група). Середній вік склав $44,7 \pm 2,4$ р. Групи були співставні за віком та статтю. Верифікацію діагнозу ГХ II стадії здійснювали у відповідності зі стандартами МОЗ України. Всім респондентам проводилася реєстрація короткого запису ВРС (10 хвилин) з подальшим аналізом спектральних показників ВРС. Були визначені основні параметри спектрального аналізу: загальна електромагнітна потужності серцевої діяльності (TP, мс²), високочастотний діапазон хвиль (HF, 0,4-0,15 Гц або 2,5-6,5 с), що виникає під впливом парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи (ВНС); низькочастотні хвилі (LF, 0,15-0,04 Гц або 6,5-25 с), які виникають під впливом симпатичного відділу ВНС, дуже низькочастотний діапазон хвиль (VLF, 0,04-0,003 Гц або 25-333 с), вклади хвильових компонент LF/HF, що характеризують вегетативний баланс (симпатичний/парасимпатичний тонус).

Основні результати: у групі хворих на ГХ II стадії у 72% спостерігалася пригнічення енергетичної потужності серцевої діяльності TP 1454 ± 112 мс² порівняно з групою здорових осіб 2351 ± 1310 мс² ($p < 0,001$). Абсолютні показники потужності частотних компонент відрізнялась від контролю ($p < 0,001$): зниження потужності VLF – 398 ± 368 мс² проти 844 ± 545 мс² групи контролю та LF – 302 ± 346 проти 724 ± 505 мс² групи контролю; зменшення низькочастотної складової спектра HF – 132 ± 172 мс² проти 784 ± 619 мс² групи контролю, в основній групі було збільшення співвідношення LF/HF в 2,3 рази з порівняно з групою здорових осіб – 0,92. Зазначене свідчить про зниження електромагнітної генерації серця у хворих.

Висновки: у хворих на ГХ II стадії відмічалось зниження абсолютних показників TP, зниження потужності VLF и LF, зниження абсолютних значень HF, збільшення співвідношення LF/HF у 2,3 рази з зміщенням балансу в бік симпатичного (низькочастотного) компонента порівняно з групою здорових осіб. Ці дані свідчать про переважання симпатичної активності вегетативної нервової системи над парасимпатичною, що асоціюється високим ризиком виникнення ушкодження органів-мішеней з симптомами з їх боку та порушенням функцій при гіпертонічній хворобі.

ХІРУРГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА НЕКОНТРОЛЬОВАНОЇ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ КРОВОВТРАТИ ПІД ЧАС КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ У ЖІНОК ІЗ РУБЦЕМ НА МАТЦІ ТА ПЕРЕДЛЕЖАННЯМ ПЛАЦЕНТИ

Дудник Н., Семиз Н, Леверя В, Василенко І., Шаматлова А., Пархоменко А.

Науковий керівник: доц. Добровольська Л.

Кафедра акушерства і гінекології №2

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Вивчення питань профілактики кровотеч під час кесарського розтину (КР) не втрачає своєї актуальності в сучасному акушерстві, оскільки, незважаючи на удосконалення сучасних методик виконання оперативного втручання, залишається високий ризик ускладнень. Сьогодні в Україні відмічається стала тенденція до збільшення частоти розродження шляхом КР із одночасним збільшенням показника як материнської, так і перинатальної смертності. У той час, як за визначенням ВООЗ, показник КР має складати біля 7%, в Україні в 2021 році він становив 26,7%, при цьому мало місце зростання материнської смертності до 46,77 на 100000 живонароджених разом із підвищенням рівня перинатальної смертності – до 9,21[‰]. Рубець на матці після КР стає показанням до повторного оперативного розродження у 15-23 %, а частота інтраопераційних ускладнень під час повторного КР в 5 разів перевищує аналогічну при першій операції (Наказ МОЗ України №8 від 5.01.2022 «Кесарів розтин»).

Мета. Розробити метод профілактики масивних інтраопераційних акушерських кровотеч під час кесаревого розтину у жінок із рубцем на матці та передлежанням плаценти.