

Пацієнти були розподілені на дві групи. Групу 1 склали 13 чоловік із зубощелепними аномаліями (ЗЩА) I класу за Енглем, 2 група – 9 чоловік, що мали ЗЩА II клас за Енглем. Вік хворих від 9 до 41 року.

Результати. Під час аналізу зрізів встановлено, що лише 40,91% обстежених має правильне положення язика в стані спокою. В групі 1 нормальне положення язика зустрічалось у 22,72%, неправильне положення у 36,36%. В групі 2 правильне положення виявлено у 18,2%, в свою чергу неправильне положення язика в 22,72%.

Висновок. Таким чином, отримані результати вказують, що у 59,09 % пацієнтів із ЗЩА язик під час спокою займає неправильне положення та є однією з причин формування ЗЩА. Частіше правильне положення язика мають пацієнти з I класом за Енглем – 22,73%.

ТРИВАЛІСТЬ ТА ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ ІНТЕРВАЛУ QT ЯК ФАКТОР ВИНИКНЕННЯ ШЛУНОЧКОВИХ АРИТМІЙ ПРИ РІЗНИХ ЛОКАЛІЗАЦІЯХ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТА МІОКАРДА

Семака О.В., Стецишина К.О., Радченко К.В., Назарець А.П.

Науковий керівник: к.мед.н., ас. Катеренчук О.І.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність. Шлуночкові аритмічні події у пацієнтів, що перенесли інфаркт міокарда є вагомим фактором ризику раптової смерті, нерідко поєднуються зі зниженою толерантністю до фізичних навантажень та призводять до низької якості життя.

Мета дослідження. Оцінити залежність тривалості та варіабельності інтервалу QT в якості ризик-фактору виникнення шлуночкових порушень ритму в залежності від локалізації пошкодження міокарду обумовленого перенесеним Q-позитивним інфарктом.

Методи дослідження. В дослідження залучено 28 пацієнтів в терміни 1-3 місяці після перенесеного інфаркту міокарда, яким виконано 24-годинне холтеровське моніторування ЕКГ з аналізом інтервалу QT в різних відведеннях та оцінкою характеру шлуночкових порушень ритму. Пацієнти були розділені на 3 групи: з перенесеним інфарктом в зоні задньої стінки лівого шлуночка (ЛШ), передньої стінки та передньо-бокової. Статистичний аналіз виконано на базі інтернет-платформи VassarStats.

Результати. За рівнем градації шлуночкових ектопічних ритмів групи були співставимі та відповідали 2-4 ступеню за класифікацією R. Myerburg. Тривалість інтервалу QT не була статистично значимо подовжена в досліджуваних групах, однак відмічались нижчі показники варіабельності інтервалу QT при локалізації пост-інфарктного рубця в зоні задньої стінки ЛШ в порівнянні з іншими локалізаціями (SDQT – $22 \pm 4,2$ мс, SVQT – $5,2 \pm 1,3\%$ проти SDQT – $34 \pm 5,2$ мс, SVQT – $8,2 \pm 2,6\%$; $p < 0,05$). Варто відмітити, що зниження показників SDQT < 25 мс та SVQT < 5% пря-

мо і міцно корелювало зі зниженням показника $SDNN < 60$ мс та $pNN_{50} < 7\%$, що є свідченням впливу гіперсимпатикотонії на тривалість інтервалу QT, незалежно від локалізації перенесеного інфаркту міокарда. В свою чергу, зниження величин SDQT та SVQT обернено корелювало з кількістю шлуночкових екстрасистол за добу та їх тяжкістю за класифікацією R. Myerburg.

Висновки. Тривалість інтервалу QT в межах діапазону електрокардіографічної норми не мала впливу на характер та тяжкість шлуночкових порушень ритму при різних локалізаціях перенесеного інфаркту міокарда. Знижена варіабельність тривалості інтервалу QT як наслідок гіперсимпатикотонії є вагомим фактором виникнення шлуночкових аритмічних подій, не виключено, більш значимо при ішемічному пошкодженні в зоні задньої стінки лівого шлуночка.

НЕНАВМИСНА ІНТРАОПЕРАЦІЙНА ГІПОТЕРМІЯ: МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ, ОРГАНІЗАЦІЯ ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ

Сизоненко В.С.

Науковий керівник: проф. Шкурупій Д.А.

Кафедра анестезіології з інтенсивною терапією

Українська медична стоматологічна академія

Актуальність. В умовах хірургічного втручання і проведення знеболення через зміну структури термовтрат і дію наркозних засобів здатність людини до підтримки температурного гомеостазу втрачається. Ненавмисна інтраопераційна гіпотермія виникає в 25-90% оперативних втручань, збільшуючи кількість периопераційних ускладнень і підвищуючи терміни госпітального лікування. Недоліками існуючих засобів профілактики ненавмисної інтраопераційної гіпотермії є утруднення доступу до операційного поля, висока вартість систем обігріву, створення нефізіологічного режиму за межами зони температурного комфорту персоналу операційних бригад. Тому пошук доступних і ефективних шляхів підтримки інтраопераційної нормотермії у хірургічних пацієнтів із збереженням комфортних виробничих умов для персоналу операційних є актуальним з позиції ефективності оперативних втручань і профілактики периопераційних ускладнень.

Мета дослідження: оптимізація застосування засобів профілактики ненавмисної інтраопераційної гіпотермії з позиції балансу комфорту персоналу і безпеки пацієнта.

Завдання дослідження:

1. Визначити верхні межі зони температурного і вологісного комфорту повітря операційної по відношенню до персоналу операційних бригад;

2. Встановити динамічні зміни температури різних ділянок поверхні тіла, базальної температури та інтегральних показників температурного гомеостазу організму у оперованих пацієнтів;