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 інфаркта 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 периопреаційних 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 операцінйих 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 інтрапераційної гіпотермії з позиції балансу комфорту персоналу і безпеки пацієнта.

Завдання дослідження:

1. Визначити верхні межі зони температурного і вологістного 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;

3. Визначити частоту і прогностичні критерії ризику розвитку ненавмисної периопераційної гіпотермії у оперованих пацієнтів;

4. Встановити ефективність оптимізованого режиму застосування засобів профілактики ненавмисної периопераційної гіпотермії і його вплив на рівень безпеки оперованих пацієнтів.

Методика дослідження. Було проведене трьохетапне проспективне дослідження оцінки суб'єктивного відчуття комфорту в операційній членами операційних бригад (180 опитувань 30 осіб) у відповідь на зміни температури і вологості повітря операційної (І етап); дослідження температурного гомеостазу 100 хворих, оперованих з приводу хірургічної патології органів черевної порожнини в стандартних умовах операційної (ІІ етап); дослідження температурного гомеостазу 160 хворих оперованих за плановими показаннями з приводу хірургічної патології органів черевної порожнини, які в процесі роботи були розділені на 2 групи по 80 осіб в кожній залежно від використаних засобів профілактики ненавмисної інтраопераційної гіпотермії з аналізом характеру анестезіологічної медикації і особливостей перебігу периопераціного періодів.

Статистичний аналіз проводився методами описової статистики і непараметричних критеріїв. Для визначення ризику розвитку ненавмисної інтраопераційної гіпотермії була використана методика нормування інтенсивних показників.

Основні результати роботи. Висновки. Доведено, що профілактика ненавмисної інтраопераційної гіпотермії шляхом підвищення температури і вологості в операційній без порушення комфорту персоналу можливе до максимальних гігієнічних значень температури повітря операційної – 27 ^{0}С, відносної вологості повітря – 75%. Найбільш виражене зниження температури відбувалось на 60 хв. оперативного втручання із подальшою стабілізацією динаміки. Частота ненавмисної інтраопераційної гіпотермії становить 62%. Найбільш значимими прогностичними критеріями її розвитку є ургентність операції, серединна лапаротомія, тривалість операції від 60 хв., використання барбітуратів, міорелаксантів, штучної вентиляції легень, жіноча стать пацієнта, вік старше 60 років, індекс маси тіла до 18,5 ум.од. Запропоновані в роботі методи профілактики даного стану дозволяють суттєво знизити частоту його розвитку без порушення комфорту роботи персоналу операційної бригади і підвищити безпеку і комфорт пацієнта.