

та гортанної частини глотки. Матеріали та методи. Обстежено 163 хворих на рак слизової порожнини рота, ротової та гортанної частини глотки стадії T2-4N0-3M0, які пройшли комплексне лікування з неоад'ювантною системною ПХТ з використанням препарату цисплатини (когорта I, n=103) або поліплатиллену (когорта II, n=60) у поєднанні з променевою терапією. У 121 хворого до і після кожного курсу ПХТ досліджувалось температура пухлини та регіонарних лімфовузлів за допомогою радіотермометру РТМ-01-РЕС для визначення кількості курсів ПХТ. Результати. Контроль змін температури у пухлині та метастазах дозволив оптимізувати кількість курсів ПХТ, яка в середньому склала 2,2 курси до початку променевої терапії. Так, при аналізі виживання за Kaplan-Meier на графіку функція кумулятивної долі виживших у II групі достовірно вища ніж у I групі; при цьому медіана виживання у I групі склала 18 міс., а у II – ще не досягнута (тривалість дослідження 40 міс.). Висновки: Застосування індукційної системної ПХТ з поліплатилленом при лікуванні хворих з раковими пухлинами порожнини рота, ротової та гортанної частини глотки має переваги перед використанням системної хіміотерапії з цисплатиною. РТМ при лікуванні злоякісних новоутворень порожнини рота, ротової та гортанної частини глотки дозволяє оптимізувати тактику комплексного лікування цієї патології.

## **РОТАВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ: СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦІЇ ВУГЛЕВОДІВ**

Воробйова Н.В.

Науковий керівник: д.мед.н., доц. Усачова О.В.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра дитячих інфекційних хвороб

Мета роботи. Визначити роль лактазної недостатності в синдромі мальабсорбції вуглеводів, а також його вираженість та тривалість в динаміці ротавірусної інфекції (РВІ) у дітей раннього віку. Матеріали і методи. Проаналізовано 22 випадки РВІ у дітей раннього віку на грудному вигодовуванні, які отримували лікування в Запорізькій обласній інфекційній клінічній лікарні. Всім пацієнтам в динаміці спостереження (на третю, п'яту та сьому добу хвороби) проводилася рН-метрія фекалій, визначення рівня вуглеводів методом Бенедикта та рівня лактози за допомогою проби Мальфатті, яка є напівкількісною: «0» – відсутність лактози, «+» – незначний вміст, «++» – середній вміст, «+++» – значний вміст. Отримані результати. Відмічено, що загальна кількість вуглеводів у фекаліях є найвищою в гострий період РВІ:  $0,98 \pm 0,3\%$  та  $0,96 \pm 0,3\%$  з третьої до п'ятої доби відповідно, з тенденцією до зниження наприкінці тижня від початку РВІ –  $0,86 \pm 0,25\%$ , але без достовірної різниці показників. В жодної дитини не відбулося нормалізації даного показника в зазначений термін. Між загальною кількістю вуглеводів у фекаліях та рівнем лактози відмічався сильний прямий кореляційний зв'язок ( $r=+0,86$ ;  $p<0,05$ ). Негативна проба Мальфатті спостерігалася у 18,1% (4 дітей) при рівні вуглеводів  $0,17 \pm 0,15\%$  за пробою Бенедикта, «+» мали 40,9% (9 дітей) –  $0,62 \pm 0,29\%$  вуглеводів за пробою Бенедикта, «+++» – 31,8% (7 дітей) при показниках проби Бенедикта  $1,33 \pm 0,4\%$ ; «+++» – 9% (2 дітей), при загальному рівні вуглеводів 2% і більше. Висновки: на фоні РВІ у дітей раннього віку відмічається тривалий синдром мальабсорбції вуглеводів, в патогенезі якої провідну роль відіграє лактазна недостатність.

## **ПРОТЕКТИВНА ВЕНТИЛЯЦІЯ ЯК СТРАТЕГІЯ, ЩО ПОПЕРЕДЖАЄ РОЗВИТОК ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ЛЕГЕНЕВИХ УСКЛАДНЕНЬ**

Воротинцев С.І., Кузьменко Т.С.

Запорізький державний медичний університет

Післяопераційні легеневі ускладнення (PPCs) додають свій внесок в захворюваність та летальність хірургічних хворих (Lawrence V.A. et al. 2006). Оцінка за шкалою ARISCAT  $\geq 26$  балів завжди прогнозує середній або високий ризик розвитку PPCs. Механічна вентиляція (MV) є стратегією порятунку життя хворих з дихальною недостатністю і зазвичай використовується під час загальної анестезії. Проте MV може ініціювати пошкодження легень (так зване вентилятор-асоційоване пошкодження легень, VALI). Повторні колапси/відкриття альвеол (ателектотравма) та їхнє перерозтягнення (волюмотравма) є можливими механізмами, що лежать в основі VALI. У той час, як позитивний тиск в кінці видиху (PEEP) може звести до мінімуму ателектотравму, вважається, що зниження дихального об'єму може зменшити волюмотравму. На цьому принципі базується стратегія проєктивної вентиляції, яка вже застосовується у різноманітних груп пацієнтів, але з неоднозначними результатами. Недавній мета-аналіз, проведений Hemmes S.N. та співавт. (2013), показав зменшення розвитку пошкодження легень, легеневої інфекції та ателектазів у хворих, які отримували інтраопераційно механічну вентиляцію зі зниженим дихальним об'ємом і підвищеним PEEP. Дослідження Severgnini P. та співавт. (2013) довели, що проєктивна вентиляція може поліпшити післяопераційну функцію легень і навіть результати лікування пацієнтів, які перенесли відкриту операцію на черевній порожнині. Однак Futier E. із співавт. (2013) не виявили зниження кількості PPCs при використанні цієї стратегії у аналогічних пацієнтів із середнім/високим рівнем ризику та індексом маси тіла (BMI)  $<35$  кг/м<sup>2</sup>. Нещодавно завершене мультицентрове, інтернаціональне, рандомізоване, контрольоване дослідження PROVHILO (2011) не змогло підтвердити протективний ефект підвищеного PEEP і рекрутмент маневру у пацієнтів з BMI  $<40$  кг/м<sup>2</sup>. У той час, як існує невизначеність відносно «захисних» режимів PEEP, однозначно доведено, що дихальний об'єм в діапазоні 6-8 мл/кг від ідеальної маси тіла є протективним задля непошкоджених легень, незалежно від BMI.