

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 ≥ 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/м². 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/м². 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.