

У першій групі рецидиви захворювання були виявлені у 20 хворих, а в другій у 34, що склало 58,8% і 75,5% відповідно. В основному це були пацієнтки з ТЗсN0M1 стадією захворювання. У групі з проведенням неoad'ювантних курсів поліхіміотерапії рецидиви у 95,0% хворих зустрічалися протягом першого року після закінчення спеціального лікування. У хворих з проведенням післяопераційних курсів поліхіміотерапії рецидиви були виявлені протягом п'яти років.

Висновки. Проведення комплексного лікування хворих РЯ із застосуванням неoad'ювантних курсів поліхіміотерапії збільшує кількість хірургічних втручань в оптимальному обсязі і підвищує трирічне безрецидивне виживання на 16,7%.

ПРИЧИНИ НЕСПРИЯТЛИВИХ НАСЛІДКІВ ЗАКРИТИХ ІЗОЛЬОВАНИХ ПЕРЕЛОМІВ ДІАФІЗУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ ЗА МАТЕРІАЛАМИ СУДОВО-МЕДИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ ПОТЕРПІЛИХ ПІСЛЯ АВТОТРАВМИ

¹ Сокол В. К., ² Колесніченко В. А.

¹ - Харківський національний медичний університет, кафедра судової медицини, медичного правознавства імені засл. проф. М. С. Бокаріуса, Харків, Україна

² - Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, оперативної хірургії та топографічної анатомії, Харків, Україна

Актуальність. Загальна частота ускладнень після хірургічного лікування ізольованих діафізарних переломів стегна, в залежності від способу остеосинтезу, варіює від 28,2% до 42,6% (Bozorgia F et al., 2018), що призводить до подовження термінів реабілітації, погіршення опороздатності травмованої кінцівки, стійкої втрати працездатності.

Мета роботи - дослідити фактори ризику та причини несприятливих наслідків хірургічного лікування ізольованих діафізарних переломів стегна.

Матеріали та методи. Матеріал дослідження - акти судово-медичних експертиз 63 постраждалих (48 чоловіків, 15 жінок віком 28 - 52 роки) з наслідками закритих ізольованих переломів діафізу стегнової кістки після остеосинтезу внутрішніми металевими фіксаторами, які були представлені для перегляду ступеня тяжкості тілесних ушкоджень. Механізм ушкодження: 90,4% - автотравма; 9,6% - кататравма. Локалізація перелому: 14,3% - верхня, 76,1% - середня, 9,6% - нижня третина стегнової кістки. В жодного пацієнта до операції не виявлено остеопорозу або випадків гормонотерапії, що є фактором ризику уповільненої консолідації перелому. Індекс маси тіла Кетле розраховували за формулою m / h^2 , де m - маса тіла в кілограмах, h - зріст в метрах. Методи дослідження - ретроспективний аналіз, описова статистика.

Результати. Серед несприятливих наслідків хірургічного лікування закритих ізольованих переломів діафізу стегна виявлено стійку післятравматичну контрактуру колінного суглоба (81%), післятравматичну деформацію

стегнової кістки з вкороченням кінцівки більш ніж на 2 см (71,4%), уповільнену консолидацію перелома (61,9%), несправжній суглоб (38,1%) та післятравматичний остеомієліт (14,3%) стегнової кістки. У найближчому післяопераційному періоді у 23,8% випадків розвилось нагноєння післяопераційної рани. У віддаленому післяопераційному періоді спостерігалися: міграція гвинтів з накістної пластинки (47,6%); перелом (4,8%) та міграція (4,8%) інтрамедулярного стрижня; міграція дистального гвіздка, що блокує інтрамедулярний стрижень (4,8%). Наслідком нестабільності металевго фіксатора стало вторинне зміщення кісткових фрагментів стегнової кістки, яке потребувало повторного хірургічного втручання у 47,6% пацієнтів.

Причини, що призвели до післяопераційних ускладнень, були розподілені на: 1) порушення технології остеосинтезу у вигляді невідповідності величини металевго конструкції анатомічним розмірам стегнової кістки (62,1%) й неусунення інтраопераційного зміщення кісткових фрагментів (23,8%) та 2) недоліки у післяопераційному веденні травматологічного хворого. До останніх віднесені: затримка призначення післяопераційної антибіотикопрофілактики (14,3%); порушення термінів післяопераційного рентгенконтроля (23,8%); недотримання методики рентгенографії довгої трубчастої кістки (14,3%).

Зареєстровано такі фактори ризику несприятливих наслідків хірургічного лікування закритих ізольованих переломів діяфізу стегнової кістки: надмірна вага з індексом Кетле ≥ 31 (38,1%); гонартроз I-II ступеня (28,6%) та коксартроз I-II ступеня (9,6%) в анамнезі; порушення ортопедичного режиму в найближчому післяопераційному періоді (19%) та під час реабілітації (19%); алкогольне сп'яніння в момент травми (14,3%).

Висновки. Основними причинами, що призвели до несприятливих наслідків хірургічного лікування закритих ізольованих переломів діяфізу стегнової кістки, є порушення хірургами технології остеосинтезу (86,9%) та недотримання медичним персоналом у післяопераційному періоді правил ведення (14,3%) та рентгенобстеження (38,1%) травматологічного хворого.

ПЕРСПЕКТИВИ ФОТОДИНАМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ У БОРОТБІ З ХІРУРГІЧНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ ТА ПОПЕРЕДЖЕННІ РОЗВИТКУ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ

Солодовидченко С. С.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, медичний факультет,
кафедра хірургії, Харків, Україна*

Науковий керівник: Морозов С. О., к.мед.н., доцент

Актуальність. На сьогоднішній день в умовах пандемії проблема антибіотикорезистентності постає як ніколи актуальною. Для пацієнтів хірургічного профілю з рановою інфекцією приєднання полірезистентних