

позвонков на различных уровнях. Как правило, это происходило в стандартных местах в шейном, грудном, поясничном и крестцовом отделах. По нашим данным, в общей массе больных с люмбаго болевой синдром в 25-30% случаев может быть связан с добавочными и клиновидными позвонками, сакрализацией пятого поясничного позвонка, а также незаращением дужки (spina bifida) пятого поясничного и (или) первого крестцового позвонков, что ведет к возникновению спинномозговой грыжи (meningocoele). В этой ситуации ущемление спинномозговых оболочек сопровождается возникновением очень интенсивной боли без иррадиации в нижние конечности. Однако в 90 и более процентах случаев люмбагия была обусловлена нестабильностью позвоночно-двигательного сегмента L-5-S-1. Устранение их ротационного смещения приводило к прекращению болей. Существенный терапевтический эффект достигался не только у лиц молодого и среднего возрастов, но и у пожилых пациентов, у которых люмбаго сочеталось с болями в тазобедренных и коленных суставах. В комплексе лечебных мероприятий мы использовали магнитно-акустическое воздействие на пояснично-крестцовый отдел аппаратами нашей конструкции, что обеспечивало получение значительного противоотечного, противовоспалительного и противоболевого эффекта. Большое значение придавалось восстановлению позвоночно-тазового равновесия или устранению перекаса тела вправо или влево путем использования специального ортопедического вкладыша. Его высота подбиралась ортопедом индивидуально.

Key words: rotary offset, sacral vertebrae, instability of the vertebral-motor segment, pinching the spinal membranes

Ключевые слова: ротационное смещение, крестцовый позвонок, нестабильность позвоночно-двигательного сегмента, ущемление спинномозговых оболочек

Ключові слова: ротаційне зміщення, крижовий хребець, нестабільність хребетно-рухового сегмента, обмеження спинномозкових оболонок

УДК 616.718.51.-001.5-089

Ю. В. Сухин, А. В. Гуриенко, В. Н. Караман, В. Н. Мораренко

ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА МЕЖМЫШЦЕЛКОВОГО ВОЗВЫШЕНИЯ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

SELECTION OF THE METHOD OF SURGICAL FRACTURE TREATMENT OF TIBIAS INTERCONDYLAR ELEVATION

¹Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

²Городская клиническая больница № 11, Одесса, Украина

Внутрисуставные переломы межмышцелкового возвышения большеберцовой кости, составляющие 0,5% от всех повреждений скелета, остаются актуальной проблемой современной травматологии. Это обусловлено, прежде всего, трудностью диагностики тяжести повреждения суставной поверхности большеберцовой кости, а именно количества и величины костных отломков. Проблема лечения переломов межмышцелкового возвышения обусловлена трудностью удержания небольших по размеру отломков в репонированном положении, выраженной реакцией суставных элементов на раздражение металлоконструкцией, а также необходимостью сочетать раннее восстановление утраченной

функции коленного сустава с длительной фиксацией фрагментов кости. Нарушение этих принципов лечения ведет в последующем к деформирующему артрозу и к инвалидности. Для выбора метода фиксации перелома межмыщелкового возвышения большеберцовой кости в настоящее время пользуются классификацией Meuyers и Mc Keever: Тип 1: без смещения. Тип 2: с незначительным смещением (по типу крышки люка). Тип 3А: полный отрыв. Тип 3В: ротированный перелом. Тип 4: оскольчатый перелом. Известны способы хирургического лечения переломов межмыщелкового возвышения большеберцовой кости с использованием: проволоки, лавсановой нити, Г-образных наkostных металлических устройств, фиксации спицей под контролем артроскопии, канулированных винтов, П – образный проволочный шов, способ Mc Lennan накрест введенных спиц снизу вверх субхондрально, викриловый шов, аппарат Илизарова, фиксатор – спираль из никелида титана с загнутым концом, фиксатор с эффектом памяти формы с наkostной установкой в охлажденном виде. Однако все указанные методы фиксации межмыщелкового возвышения не дают надежной фиксации отломков, требуют широкого оперативного доступа, который влечет за собой значительную интраоперационную травму, нередко приводящую к развитию контрактуры, что удлиняет сроки выздоровления. Для оперативного лечения переломов межмыщелкового возвышения, сочетающий стабильную фиксацию костного отломка, возможность ранней разработки движений и ранней осевой нагрузки на поврежденную конечность в нашей клинике разработан и применяется способ напряженного остеосинтеза с использованием двух спиц и проволоки. Операция может быть выполнена артроскопически или путём артротомии. При повреждении I типа показано консервативное лечение. При повреждениях II-III типа консервативное лечение не эффективно, так как требуется репозиция отломка со стабильной его фиксацией. Таким требованиям отвечает метод, предложенный в нашей клинике. При повреждении IV типа показано удаление мелких фрагментов межмыщелкового возвышения с аутопластикой крестообразной связки.

Keywords: intercondylar elevation, internal osteosynthesis

Ключевые слова: межмыщелковое возвышение, погружной остеосинтез

Ключові слова: міжвиросткове підвищення, погружний остеосинтез

УДК 615.28:616-001.4

О. О. Фомін, Н. С. Фоміна

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ АНТИСЕПТИКІВ У ХВОРИХ З ВОГНЕПАЛЬНИМИ РАНАМИ

THE EXPERIENCE OF THE USE OF ANTISEPTIC DRUGS IN PURULENT WOUNDS PATIENTS

Військово медичний клінічний центр Центрального Регіону, м. Вінниця, Україна; e-mail
aa.fomin@gmail.com

Нагноєння вогнепальних ран залишається вкрай складним ускладненням не зважаючи на широкий арсенал антимікробних препаратів системного застосування. Інфекції м'яких тканин мають полімікробну етіологію. Після місцевого застосування антисептиків значно знижується кількість збудників у вогнищі гнійної інфекції, які вже не здатні