

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, фиксацией 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

підтримувати запальний процес у зв'язку з незначною підпороговою інфікуючою концентрацією, слабою вірулентністю.

Обстежено 28 поранених з гнійними вогнепальними ранами, які знаходились на лікуванні у Вінницькому медичному центрі збройних сил України центрального регіону, які надійшли із зони локального воєнного конфлікту з різних мобільних медичних груп. Поранених попередньо на II–III рівнях надання медичної допомоги виконували хірургічну обробку ран, фасціотомію, позавогнищевий остеосинтез, потужну антибактеріальну терапію (цефтріаксон, метронідазол, лінкоміцин). Під час госпіталізації поранених в клініку поряд з обов'язковими дослідженнями, проводили забір матеріалу з ран для мікробіологічного дослідження. Мікробіологічні дослідження були проведені згідно загальноприйнятих методів. Ідентифікацію збудників здійснювали з використанням автоматичного аналізатора "VITEK-2".

В результаті мікробіологічного дослідження матеріалу з ранових поверхонь були виділені грампозитивні (*S. pyogenes*, *E. faecium*), грамнегативні (*P. aeruginosa*, *A. baumannii*, *E. coli*, *E. cloacae*) мікроорганізми. На відміну від відомих стверджень, що у забрудненій рани найчастіше переважають коагулазопозитивні та коагулазонегативні стафілококи, переважали *Acinetobacter* spp., *P. aeruginosa*.

Враховуючи, що першочерговим завданням щодо профілактики нагноєння ран є своєчасне проведення санації рани з використання антисептиків, цікавим було виявити чутливість виділених мікроорганізмів до антисептиків декасану, мірамістину. Вибір антисептиків для дослідження обумовлений частотою використання в клінічній практиці. Активність декасану у відношенні стафілококів була вищою у 11,1 разу, ніж мірамістину. Грамнегативні мікроорганізми виявились у 2,1–3,5 разів більш стійкими до мірамістину, ніж до декасану. Для деяких штамів взагалі не вдалося встановити бактерицидного ефекту даного препарату. Тоді, як мінімальна згубна дія декасану для псевдомонад була на рівні 75 мкг/мл.

Всім хворим з метою місцевого лікування гнійних ран використовували щоденне промивання рани декасаном. Декасан перед застосуванням підігрівали до 37–38 °C і промивали ним рани після розкриття, санації, дренивання гнійника. Після промивання декасаном на рану накладали асептичну пов'язку. Застосування препарату дозволило прискорити терміни очищення ран від гнійно-некротичних мас та усунення проявів запальної реакції. Тривалість фази гідратації ранового процесу скорочувалась до 5,7 доби в порівнянні з 8,4 доби у хворих, рани яким промивали мірамістином. Період повного ранозагоювання скорочувався на 2,5 доби. Період перебування хворих у стаціонарі скоротився з 14,97 до 10,8 доби.

Висновок. Аналіз результатів лікування показав більш швидке очищення та загоєння ран після використання декасану, наслідком чого стало зменшення термінів лікування в середньому на 3–4 доби, відсутність необхідності в тривалій антибактеріальній терапії.

Key words: wounds, decasan, miramistin, sensitivity

Ключові слова: вогнепальні рани, декасан, мірамістин, чутливість

Ключевые слова: огнестрельные раны, декасан, мирамистин, чувствительность