

6. Fetting I.H. Identifying and treating psychiatric disorders in Cancer patients // Geriatrics. – 1982. - Vol.37, №9 – P. 95 - 104
7. McDonald B.H. Quality of life in cancer care: patients experiences and nurses contribution // Europ I. Oncol. Nursing. – 2001. – Vol.5, №1. – P. 32 - 41.
8. Реабилитация онкологических больных // В.Н.Герасименко, Ю.В.Артюшенко, А.Т.Адмиралсанов и др.// Под ред. В.Н.Герасименко – М.: Медицина, 1988 – 430 с.
9. Дрінгс П. Онкологічний хворий із несприятливим прогнозом // Психосоматичний хворий на прийомі у лікаря // Б.Любан- Плоцца, В.Пельдингер, Ф. Крегер, К.Ледерах-Гофманн. – К., 1997. – С. 249 - 258
10. Балицкий К.П., Шмалько Ю.П. Стресс и опухолевый процесс // Эсперим. онкология. – 1983. - №1. – С.7-14
11. Бажин Е.Ф., Цейпина Г.П. Самооценка онкологических больных и уровень их психологической адаптации // Психологическое обеспечение психического и физического здоровья человека. – М.: Медицина, 1989. – 399 с.
12. Авруцкий Г.Я. Недува А.А. Лечение психических больных – М.: Медицина, 1988. – 528 с.
13. Слободяник А.П. Психотерапия (внушение, гипноз). – К.: Здоров'я, 1978. – 442с.
14. Психотерапия помогает лечить рак // Мир науки: Сборник статей. – М.: Профиздат, 1991. – 32 с.

УДК 616.71-089.001.5-718.66-728.46

Е. В. Кулаженко, С. А. Варзарь

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ НАРУЖНОЙ ЛОДЫЖКИ И ДИСТАЛЬНОГО МЕЖБЕРЦЕВОГО СИНДЕСМОЗА

Одесский государственный медицинский университет

Реферат. Е. В. Кулаженко, С. А. Варзарь **ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ НАРУЖНОЙ ЛОДЫЖКИ И ДИСТАЛЬНОГО МЕЖБЕРЦЕВОГО СИНДЕСМОЗА.** В настоящей статье авторы описывают особенности лечения названной патологии у пациентов различного возраста, подробно рассматриваются показания и особенности хирургического лечения, ведения после операционного периода, особенности применения ЛФК, физиотерапии и проч. Представлены результаты лечения и наблюдения 43 больных за пять лет (2004 – 2009). Предложенные методики позволяют сократить сроки лечения, улучшить исходы и повысить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: наружная лодыжка, дистальный межберцовый синдесмоз, повреждение.

Реферат. Є. В. Кулаженко, С. О. Варзарь **ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕНЬ ЗОВНІШНЬОЇ КІСТОЧКИ ТА ДІСТАЛЬНОГО МЕЖБЕРЦЕВОГО СИНДЕСМОЗА.** В статті автори описують особливості лікування названої патології у пацієнтів різного віку, докладно розглядаються показання і особливості хірургічного лікування, ведення після операційного періода, особливості застосування ЛФК, фізіотерапії та інш. Наведені результати лікування й спостереження 43 хворих за п'ять років (2004 – 2009). Запропоновані методіки дозволяють скоротити строки лікування, покращити результати й підвищити якість життя пацієнтів.

Ключові слова: наружна кісточка, дистальний межберцевий синдесмоз, пошкодження.

Summary. Ye.V. Kulazhenko, S. A. Varzar **THE TREATMENT OF LATERAL MALLEOLUS AND DISTAL INTERTIBIAL SYNDESMOSIS DAMAGES.** In the article presented the authors share their experience in the treatment of the patients of different age groups with damages of lateral malleolus and distal intertibial syndesmosis, peculiarities of their surgical treatment, and special care during the period after operation. The authors widely use several instruments of their own design. The techniques offered allow to shorten the treatment time and improve quality of life of the patients.

Key words: lateral malleolus, distal intertibial syndesmosis, damage.

Актуальность исследования обусловлена значительным распространением данной патологии, отсутствием стандартизированных, эффективных образцов лечения, социальными проблемами, которые возникают у больных в послеоперационном периоде, а именно снижение уровня качества жизни, социальной дезадаптации, нарушением и потерей трудоспособности [1]. В развитии учения о повреждении голеностопного сустава условно можно выделить несколько направлений: клиническое, экспериментальное, клинорентгенологическое, консервативное и оперативное лечение. Повреждение капсульно-связочного аппарата встречаются при 42% повреждений голеностопного сустава, хотя некоторые авторы полагают, что процент этот намного выше, потому что при нормальной рентгенологической картине часто в суставе имеют место повреждения связок. Одним из трудных осложнений при переломах дистального отдела костей голени есть повреждения межберцевого синдесмоза, на долю которого приходится от 12 до 37% всех повреждений элементов голеностопного сустава (ГСС). При подобных повреждениях восстановления дистального межберцевого сочленения не всегда происходит с сохранением его туго эластичных свойств и необходимого объема движений, что приводит к развитию синостоза или наоборот, нестабильности и является причиной значительных нарушений биомеханики ГСС.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с переломами лодыжек голени в сочетании с повреждением дистального межберцевого синдесмоза путем разработки фиксатора и устройства для оперативного лечения указанных повреждений.

Объект исследования - голеностопный сустав и дистальный межберцевый синдесмоз в норме и при острых повреждениях.

Материалом для исследования стали результаты обследования и лечения 43 пациентов, с переломами латеральной и/или медиальной лодыжек голени (до 5 суток) в сочетании с повреждением дистального межберцевого синдесмоза (табл.1, 2), которые находились на обследовании и лечении с 2004 по 2009 года на клинической базе кафедры травматологии и ортопедии Одесского Государственного медицинского университета МОЗ Украины (отделений травматологии и ортопедии Одесской городской клинической больницы № 11).

Методы исследования. Клиническое обследование; объективная, субъективная оценка функции голеностопного сустава и оценка качества жизни больных; рентгенологическое исследование, компьютерная томография.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и полу

| Пол больных | Возраст больных (полных лет) | | | | | | Всего | |
|--------------------|------------------------------|-----------|----------|----------|----------|-----------|-------|--|
| | 18-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | Всего | | |
| | | | | | | абс. | % | |
| Мужчины | 5 | 10 | 6 | 4 | 2 | 27 | 63,0% | |
| Женщины | 3 | 5 | 3 | 3 | 2 | 16 | 37,0% | |
| Всего: абс. | 8 | 15 | 9 | 7 | 4 | 43 | | |
| % | 18,0% | 35,0% | 21,0% | 16,0% | 10,0% | - | 100% | |

Распределение больных по типу повреждения (по классификации АО/ASIF)

| Тип перелома по АО | | Повреждение синдесмоза | | | | | |
|--------------------|--------------|-------------------------|-----------|---------------------------|-------------|-----------|-------------|
| | | Полное повреждение ДМБС | | Неполное повреждение ДМБС | | Всего | |
| | | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| В | B1 | 3 | 22 | 11 | 27,5 | 14 | 32,5 |
| | B2 | 4 | 28,5 | 12 | 30 | 16 | 37 |
| | B3 | 4 | 28,5 | 2 | 5 | 6 | 14 |
| | Всего | 11 | 79 | 25 | 62,5 | 36 | 83,5 |
| С | C1 | 1 | 7 | 3 | 7,5 | 4 | 9 |
| | C2 | 2 | 14 | 1 | 2,5 | 3 | 7,5 |
| | C3 | - | - | - | - | - | - |
| | Всего | 3 | 21 | 4 | 10 | 7 | 16,5 |

При формировании клинических групп нами выделялись пациенты с повреждениями лодыжек и дистального межберцового синдесмоза, которое определялось по результатам рентгенометрического исследования (таб. 2). Поскольку при подсиндесмозных переломах косточек (тип 44 А по классификации АО), которые имеют аддукционно-внутренне ротационный механизм возникновения, повреждение дистального межберцового синдесмоза не происходит - больных с данным типом повреждения мы не включали в группу наблюдения.

Нами определены следующие показания к выполнению оперативного лечения переломов лодыжек и повреждений дистального тибιοфибулярного сочленения.

1. Переломы типа 44 А1, по классификации АО, со смещением обломков свыше 1,5-2 мм, а также все переломы 44 А2 и 44 А3, поскольку они характеризуются нестабильностью ГСС.

2. Перелом типа 44 В1 - перелом латеральной лодыжки (малоберцовой кости) со смещением отломков свыше 1-1,5 мм, имеющий ротационное смещение, смещение под углом, а также укорочением малоберцовой кости свыше 2 мм.

3. Переломы типа 44 В2 и 44 В3 со смещением отломков, которые характеризуются следующими рентгенометрическими критериями:

- неравномерностью суставной щели;
- клиновидностью горизонтальной щели голеностопного сустава свыше 2 мм (+ 1,50°);
- увеличением внутреннего таранного пространства свыше 4 мм;
- смещением отломков свыше 2 мм;
- наличием любого степени ротационного смещения отломков.

4. Переломы типа 44 С1 - переломы малоберцовой кости выше уровня дистального синдесмоза, которые характеризуются смещением обломков свыше 2 мм, нарушением симметричности суставной щели.

5. Переломы типа 44 С2 и 44 С3 (перелом Меззонева), что характеризуются следующими рентгенометрическими критериями:

- неравномерностью суставной щели или клиновидностью ее свыше 2 мм (+ 1,50°);
- увеличением медиального таранного пространства свыше 4 мм;
- смещением обломков свыше 2 мм;
- наличием любой ступени ротационного смещения обломков;
- уменьшение талокрурального угла меньше 80°, и увеличение угла наклона таранной кости свыше 1,50°;
- признаки частичного или полного повреждения связок дистального тибιοфибулярного сустава.

6. Переломы заднего края большеберцовой кости, которые наблюдаются при переломах 44 А3, 44 В3, 44 С3, а также изолированные, что характеризуются шириной свыше 25-30% сагитального размера суставной поверхности большеберцовой кости и наличием смещения свыше 2 мм или любого ротационного смещения.

7. Частичное повреждение дистального тibiофибулярного сустава, который наблюдается при переломах типа 44 В1 и 44 В2 по классификации АО, когда плоскость перелома проходит в пределах межберцового синдесмоза (низкие переломы Дюпюитрена) и характеризуется разрушением передней тibiофибулярной связки и иногда собственно межкостного синдесмоза. Также частичное повреждение наблюдается при переломах типа 44 В3, что характеризуются наличием дополнительного перелома заднего края большеберцовой кости (или отрывом задней тibiофибулярной связки). При этом определяются следующие рентгенометрические признаки:

- межберцовое расстояние меньше или достигает 5 мм и характеризуется неравномерностью;
- тibiофибулярная суперпозиция составляет 8-10 мм;
- ширина „гнезда“ голеностопного сустава достигает верхнего предела нормы или больше (6 мм и больше).

8. Полное повреждение дистального тibiофибулярного сустава, который наблюдается при переломах типа 44 С (надсиндесмозных переломах) и характеризуется разрушением передней, задней и собственно межкостных связок дистального синдесмоза голени на всем их протяжении, а также разрывом межкостной мембраны голени в нижней трети (типичные переломы Дюпюитрена) или на всем ее протяжении (перелом Меззоннева).

Это наиболее сложный тип переломов, при которых определяются следующие рентгенометрические признаки:

- межберцовое расстояние неравномерное, больше 5 мм;
- тibiофибулярная суперпозиция составляет меньше 8 мм;
- ширина „гнезда“ голеностопного сустава преобладает верхнюю границу нормы (свыше 6 мм), наблюдается широкое расхождение костей голени на уровне дистального синдесмоза

Техника оперативного вмешательства при разных типах повреждения

Последовательность действий при выполнении оперативного вмешательства у больных с переломами лодыжек голени и повреждением дистального синдесмоза голени определяется необходимостью первоочередного восстановления ключевого элемента голеностопного сустава. Оперативное вмешательство начинается из ревизии главных стабилизирующих элементов голеностопного сустава. На первом этапе выполняется ревизия медиального отдела сустава (устанавливается характер расположения костных отломков, выполняется удаления ущемленных мелких костных фрагментов, устранение интерпозиции мягких тканей, фрагментов дельтовидной связки). Следующим этапом, из латерального доступа выполняют ревизию латеральной лодыжки (малоберцовой кости) и оценивают состояние дистального межберцового синдесмоза. Остеосинтез костных обломков и восстановления связочных структур начинают в обратном порядке. Как отмечалось выше, ключом данного сустава является малоберцовая кость или латеральная лодыжка, с которой и начинают остеосинтез. После точного восстановления формы и длины малоберцовой кости и ее стабильной фиксации, при наличии показаний выполняется оперативное восстановление поврежденного дистального межберцового сочленения. Особое внимание нами уделено именно проблеме восстановления структуры и функции ДМС, учитывая нерешенность этого вопроса, а также чрезвычайную важность сохранения физиологического объема движений в нем. Нами разработано, обосновано и введено устройство для оперативного лечения повреждений дистального ДМС (Рис. 1). Также разработано устройство для профилактики развития такого осложнения, как синостезирование, что обуславливает дальнейшее быстрое прогрессирование дегенеративных изменений в суставе (Рис.2).

Разработанное нами устройство для оперативного лечения повреждений дистального тibiофибулярного сочленения (динамический винт) применяется как при полных так и при частичных повреждениях данного сустава. В первом случае, при переломах типа 44 С по классификации АО/ASIF, когда повреждены передняя, задняя межберцовые связки, собственно межкостные связки синдесмоза, а также дистальный отдел межкостной мембраны голени, разработанное устройство играет главную роль в

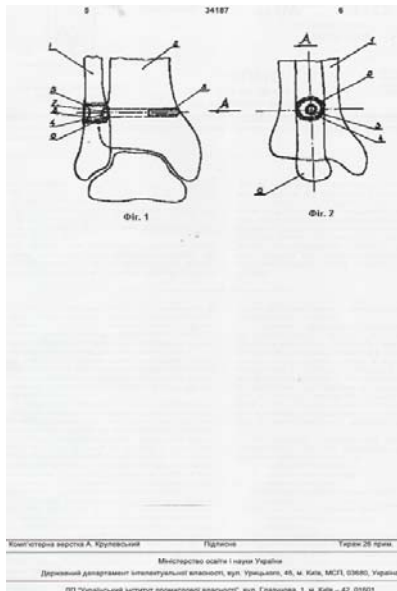


Рис. 1. Устройство для оперативного лечения повреждений дистального межберцового синдесмоза («динамический винт»). - Декларационный патент Украины № 34187 U от 25.07.2008



Рис. 2. Устройство для сохранения физиологических соотношений берцовых костей при оперативном лечении повреждений дистального межберцового синдесмоза («щуп»). - Декларационный патент Украины № 34188 U от 25.07.2008

обеспечении восстановления структуры и функции синдесмоза и сохранении оптимального объема движений в нем в начальные сроки после оперативного лечения. В втором случае, когда наблюдается повреждение преимущественно при так называемых низких Дюпюитреновских переломах (тип 44 В по классификации АО/ASIF), разработанный нами устройство обеспечивает разгрузку зоны швов после восстановления передней и/или задней межберцовых связок. При этом, его преимуществом перед так называемым позиционным блокирующим винтом, который применяется согласно методики АО, - это сохранение физиологической подвижности между костями голени на уровне синдесмоза в послеоперационном периоде, а также отсутствие необходимости в его удалении перед началом осевой нагрузки на конечность. Кроме того, разработанное нами устройство для сохранения физиологических соотношений берцовых костей при оперативном лечении (щуп) позволяет предупредить чрезмерную компрессию их при фиксации синдесмоза, при этом обеспечивая оптимальную конгруэнтность в суставе и профилактику посттравматического остеоартроза.

В последнюю очередь выполняют остеосинтез медиальной лодыжки или восстановления дельтовидной связки при её повреждении. При наличии показаний, первоочередно выполняют устранение заднего вывиха (подвывиха) стопы и остеосинтез заднего края большеберцовой кости при необходимости. Оперативное вмешательство проводится под наркозом или проводниковой анестезией в положении больного на спине. После двукратной обработки операционного поля раствором антисептика и изоляции стерильным материалом, в средней трети бедра накладывают гемостатический жгут и начинают оперативное вмешательство.

Техника остеосинтеза малоберцовой кости (латеральной лодыжки).

Доступ к обломкам латеральной лодыжки - переднелатеральный. Кожа и подкожножировая клетчатка рассекаются вдоль переднего гребня малоберцовой кости от места, которое расположено на 2-2,5 см выше места перелома, к верхушке латеральной лодыжки. Разрез огибает лодыжку спереди и составляет 6-10 см в длину. Собственную фасцию голени пересекаем по переднему краю короткой малоберцовой мышцы от верхнего угла кожного

разреза к уровню основы косточки. На самой лодыжке фасция не пересекается с целью предотвращения повреждения связок (задней таранно малоберцовой и пяточно-малоберцовой связки). Малоберцовые мышцы тупым крюком отводим кзади и углубляем разрез к кости. В дальнейшем выделяем острый конец дистального обломка латеральной лодыжки и освобождаем защемленные между обломками фрагменты фасции или пучки короткой малоберцовой мышцы. После этого выполняем сопоставление обломков. Оно достигается легко, если установить стопу у положения незначительного сгибания и применить умеренную тягу вдоль продольной оси конечности в сочетании с ее внутренней ротацией.

Репозицию можно считать достигнутой, если дистальный обломок будет полностью низведён, а щель между обломками, которая обусловлена ротационным смещением, полностью исчезнет. Сопоставленные отломки удерживаются костным фиксатором до момента соединения их одним или двумя кортикальными винтами, которые проходят перпендикулярно плоскости перелома и обеспечивают плотный контакт (компрессию) между отломками. Следующим этапом моделируют 1/3 трубчатую или реконструктивную пластину с заранее рассверленным заготовленным отверстием под чашку динамического винта и укладывают ее на малоберцовую кость по латеральной или заднелатеральной поверхности. Окончательный стабильный остеосинтез малоберцовой кости (латеральной лодыжки) выполняют фиксируя пластину кортикальными винтами от проксимального до дистального направления. При наличии показаний, переходят к обзору медиальной зоны сустава или других его отделов. Оперативное вмешательство заканчивают выполнением интраоперационного рентгенконтроля.

Техника восстановления дистального тибιοфибулярного сустава.

Суть техники состоит в том, что поле переднелатерального доступа, который выполняется для восстановления малоберцовой кости (латеральной лодыжки), частично отсепаируется передний кожно-фасциальный лоскут и осторожно оттягивается кпереди. Через место разрыва собственной фасции голени выполняется ревизия дистального межберцового сочленения и удаляются фрагменты разорванной фасции и мелкие костные обломки (что часто не определяется при рентгенографии). Выполняется стабильно-функциональный остеосинтез малоберцовой кости по описанной выше методике. С целью восстановления анатомических соотношений в дистальном тибιοфибулярном суставе, на 2-3 см выше ровня синдесмозу через подготовленное отверстие пластины сверлом формируют канал диаметром 3-3,2 мм через 4 кортикальных слоя берцовых костей под углом 25-30° косо сзади кпереди в фронтальной плоскости параллельно горизонтальной линии голеностопного сустава.

В последующем, сверлом большего диаметра (Ø 6-8 мм) выполняют „гнездо“ глубиной 8 мм в малоберцовой кости для установления чашки динамического фиксатора. После установки чашки в сформированное „гнездо“ вкручивают винт через 3 оставшихся кортикальных слоя в берцовых костях и переходим к необходимому сопоставлению костей голени на уровне дистального синдесмоза. Для предупреждения чрезмерной компрессии между костями голени применяют дополнительно разработанное устройство („щуп“). При этом, перед установлением описанного выше фиксатора, между костями голени на уровне синдесмоза устанавливается разработанный „щуп“, который имеет предварительно рассчитанную на рентгенограммах толщину (соответствующую размеру межберцового расстояния здорового сустава). При сопоставлении костей голени, и их фиксации с помощью вышеуказанного фиксатора, осуществляется постоянный контроль стягивания до тех пор, пока сила сжатия берцовых костей не препятствует извлечению „щупа“ из зоны синдесмоза. После фиксации „щуп“ удаляем, оставляя таким образом в зоне ДМБС физиологическое межберцовое расстояние.

На разорванную переднюю связку накладывают швы. Задняя тибιοфибулярная связка отрывается вместе с небольшим участком заднего края большеберцовой кости. Чаще всего, при точном сопоставлении обломков латеральной косточки, он подтягивается связкой и устанавливается на свое место без дополнительного вмешательства. Если же отломок заднего края большеберцовой кости составляет 25-30% суставной поверхности и имеет смещение свыше 2 мм или ротационное смещение, то необходим его остеосинтез. При прямом действии блока таранной кости, которая движется медиально в момент травмы

часто возникает перелом медиальной лодыжки с вертикальной плоскостью перелома. При этом площадь перелома обычно достаточно большая; для её синтеза обычно применяются спицы Илизарова или один - два компрессирующих винта.

При разрыве дельтовидной связки её сшивают, заранее устранив её возможную интерпозицию. Как и в других случаях, оперативное вмешательство заканчивают выполнением интраоперационного рентгенконтроля и после убеждения в точной репозиции и стабильной фиксации отломков рана промывается, выполняется гемостаз, снимается гемостатичный жгут, устанавливается дренаж и выполняется послойное ушивание операционной раны. Накладывается асептическая повязка.

Послеоперационное ведение

Главными задачами послеоперационного периода есть обезболивание, профилактика инфекционных осложнений, предупреждение тромботических осложнений, ранняя реабилитация и активизация пациента.

У всех больных клинического наблюдения в раннем послеоперационном периоде, в течение 10 суток применялась магнитотерапия с целью уменьшения болевого синдрома, отёка, улучшения лимфотоктока.

В следующем, к моменту полного осевого нагрузки, ЛФК назначается по программе II периода. В комплекс лечебных мер данного периода входили: разработка и увеличение амплитуды движений без опоры на конечность, увеличение мышечной силы, нормализация трофики. В данном периоде назначаются также тепловые водные процедуры, сухо воздушные ванны, легкий массаж мышц голени и бедра. За 8-10 недель формируется достаточно крепкая костная мозоль и ее ремодуляция к уровню, который необходимый для полной нагрузки на сустав. В комплекс реабилитационных мер, которые направлены на восстановления силы и выносливости мышц, амплитуды движений в оперированном суставе входят: лечебная физкультура с выполнением активных и пассивных упражнений, продолжается хондропротекторная терапия.

Рентгенологическое обследование проводится во время операции, через 1-2 суток после операции, а в дальнейшем через 2, 6 и 12 месяцев с определением рентгенометрических критериев и балльной оценкой состояния голеностопного сустава по разработанной нами системе. Комплекс послеоперационных мер, который применяется нами в больных, что получили хирургическое лечение по поводу переломов косточек с повреждением дистального тибιοфибулярного синдесмоза по разработанной методике, позволяет восстановить нормальную амплитуду движений уже через 4-5 недель после оперативного вмешательства. Удаление металлоконструкции после стабильно-функционального остеосинтеза при переломах костей голеностопного сустава зависит от жалоб больного на имплантаты.

Выводы

1. Запатентованный фиксатор, применяемый при оперативном лечении для восстановления дистального межберцового синдесмоза, учитывает анатомические и биомеханические особенности дистального тибιοфибулярного сустава и характеризуется объединением стабильной заданной фиксации костей голени на уровне синдесмозу с обеспечением оптимальной трехплоскостной амплитуды движений в нем.

2. Разработанное устройство, которое используется при проведении оперативного вмешательства для создания физиологическое межберцовое расстояние в области синдесмоза с целью профилактики блокирования берцовых костей и последующего их синостозирования .

3. Разработанная нами методика с применением погружных фиксаторов позволяет значительно улучшить результаты лечения сложных повреждений голеностопного сустава за счет раннего восстановления биомеханики сустава, сохранение эластичных свойств синдесмоза голени и оптимального объема движений в нем в раннем послеоперационном периоде, а также предупреждение развития посттравматических дистрофически-деструктивных процессов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маркс В.О. Ортопедическая диагностика. – Мн.: Наука и техника, 2001. – 475 с.
2. Багиров А. Б., Рудковский А. В., Кафанов А. А. Характеристика повреждений

голеностопного сустава и их лечение // Клиническая медицин.-2002.-№4.-С. 22-24.

3. Бур'янов О. А., Лябах А. П., Волошин О. І., Омельченко Т. М. Аналіз причин незадовільних результатів лікування переломів в ділянці гомілковоступневого суглоба // Літопис травматології та ортопедії. – 2006. - № 1-2. – С. 93-96.

4. Бур'янов О. А., Омельченко Т. М. Біомеханічне обґрунтування виконання блокуючих оперативних втручань на дистальному міжгомілковому синдесмозі при лікуванні переломів кісточок // Науковий вісник Ужгородського університету, серія “Медицина”. – 2007. – Вип. № 32. - С. 26 - 28.

5. Корж Н. А., Попсуйшапка А. К., Басель Х. Лечение пронационных переломовывихов и подвывихов в голеностопном суставе // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1998. – С. 36-37.

6. Лоскутов А. Е. Механические свойства связок межберцового синдесмоза и латерального отдела голеностопного сустава // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1999. – №2. – С. 49-55.

7. Лоскутов А. Е., Постолов О. М. Наш опыт лечения нестабильных повреждений голеностопного сустава // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1998. – С. 38-39.

8. Лябах А. П., Омельченко Т. Н. Оперативное лечение переломов в области голеностопного сустава, когда не обходимо тибιοфибулярное блокирование // 3-й международный конгресс «Современные технологии в травматологии и ортопедии»: Тез. докладов (Ч. 1), 25-27 октября 2006 года.- М., 2006. – С. 15

9. Мюллер М.Е. Руководство по внутреннему остеосинтезу / М.Е. Мюллер, М. Альговер, Р. Шнайдер, Х. Виллингер. - М.: AdMarginem, 1996. - 750с.

10. Kitaoka H. Clinical rating systems for the ankle - hindfoot, midfoot, hallux, and lesser toes // Foot Ankle Int. - 1994. - Vol. 15, №7. - P. 349 - 353.

11. McBryde A., Chiasson B., Wilhelm A., Donovan F., Ray T., Bacilla P. Syndesmotic screw placement: a biomechanical analysis // Foot Ankle Int.- 1997.- Vol. 18.- N 5.- P. 262-266.

УДК 616.211 – 002 – 056.43 - 08

І. М. Полінчук

СУЧАСНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ

Клінічна лікарня Суворовського району, м. Херсон
Херсонська філія ДП «Український НДІ медицини транспорту»

Резюме. І. М. Полінчук **СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА.** Аллергический ринит – глобальная медицинская проблема. Этим заболеванием страдает 10-40% населения планеты. Основная часть из них – это дети и люди молодого возраста. Аллергический ринит значительно ухудшает качество жизни пациентов.

В данной работе исследуется эффективность применения препарата авамис при лечении аллергического ринита. Получены положительные результаты: качество жизни пациентов улучшилось, сроки лечения сократились на 17,61%.

Ключевые слова: аллергический ринит, лечение, качество жизни.

Резюме. І. М. Полінчук **СУЧАСНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЧНОГО РИНИТУ.** Алергічний риніт – глобальна медична проблема. На це захворювання страждає 10-40% населення планети. Основна частина з них – це діти й люди молодого віку. Алергічний риніт значно погіршує якість життя пацієнтів.