

пропиленовой сетки и капсулы сустава, а также проеден ретроспективный анализ результатов лечений 9 пациентов, которым выполнено ревизионное эндопротезирование и 6 пациентов после первичного эндопротезирования по поводу дисплазии с удлинением бедра около 4см. (период 2009 - 2016). Всем больным делали пластику дефекта капсулы сустава полипропиленовой сеткой (ПППС), установленной под мягкие ткани, в проекции капсулы, фиксируя викриловой нитью. Использование ПППС для пластики капсулы сустава является дискуссионным вопросом. С учетом небольшого количества материала, утверждать, что она является фактором, который предотвращает вывих головки бедра, конечно, нельзя. Однако, отсутствие инфекционных осложнений и повторных вывихов у всех пациентов, свидетельствует о позитивных результатах. Морфологически вокруг волокон ПППС и в ее ячейках формируется плотная фиброзная ткань с элементами жировой ткани, что служит дополнительным фактором стабилизации капсулы. Применение ПППС позволило достичь отсутствия вывихов головки эндопротеза у всех пациентов, прооперированных по данной методике, однако, наличие дискуссионных вопросов требует дальнейшего исследования.

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДАКРИОЦИСТОРИНОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕПРОХОДИМОСТИ НОСОСЛЕЗНОГО КАНАЛА**

Гончаров А.О.

Научные руководители: Костровский А.Н., Костровская Е.О.  
Запорожский государственный медицинский университет  
Кафедра оториноларингологии, кафедра офтальмологии

Цель исследования. Улучшение эффективности лечения пациентов с хроническими дакриоциститами при органической непроходимости носослезного канала путем освоения эндоскопической дакриоцисториностомии (ЭДЦР). Материалы и методы. В работе представлены результаты 8 случаев проведения ЭД. Возраст пациентов составил от 32 до 67 лет. В 5-ти случаях операция проводилась при наличии хронического гнойного отделяемого из слезного мешка. В 1 случае наблюдалась непроходимость носослезного канала и слезных канальцев (до слезного мешка). У всех пациентов под местной анестезией была проведена ЭДЦР на базе ЛОР отделения ЛОР-хирургом совместно с офтальмохирургом. Для формирования новых слезных путей в конце операции через верхнюю и нижнюю слезные точки в полость носа проводили силиконовый проводник, который оставляли на 2-3 месяца. Результаты. После операции в 100% случаев удалось сформировать новые слезные пути, открывающиеся на латеральной стенке полости носа перед средней носовой раковиной. Пройодимость этих путей восстанавливалась на следующие сутки после операции, при удалении носового тампона в 75% случаев. В 2 случаях (25%), проходимость восстановилась на 5 сутки после операции, при уменьшении отека слизистой оболочки. Пациентов выписывали из отделения на следующие сутки после операции с применением антибиотиков *regos* и комбинации гормонов с антибиотиками в инстилляциях. Через 6 месяцев проходимость сохранялась в 100% случаев. Выводы. ЭДЦР – это эффективный и малотравматичный способ восстановления проходимости слезных путей. Его проведение при сотрудничестве ЛОР- и офтальмохирургов позволяет значительно улучшить послеоперационные результаты и сократить сроки лечения таких пациентов.

## **СИНДРОМ РЕЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Городкова Ю.В.

Научный руководитель: проф. Курочкин М.Ю.  
Запорожский государственный медицинский университет  
Кафедра детских болезней

Летальность при синдроме Рея на 1-й стадии составляет 5%, в то время как на 3-й – 50-60%, а на 5-й - 95%. Цель работы: на примере случая успешного лечения синдрома Рея показать особенности его диагностики, течения и терапии у детей. Материалы и методы: клинические данные, биохимические, рентгенологические, функциональные, микробиологические методы. Результаты: диагноз синдрома Рея был выставлен на основании: анамнеза (на фоне ОРВИ ребенок принял ацетилсалициловую кислоту (АСК) 250 мг), клинических данных (острая невоспалительная энцефалопатия и нарушение