

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

функции печени), данных инструментальных (УЗИ гепатопанкреатодуоденальной области: гепатомегалия; смыв из носоглотки: обнаружена РНК вируса гриппа А (H1N1)), лабораторных исследований (повышение АЛТ в 8 раз, АСТ в 3 раза при нормальных значениях билирубина) и исключения других возможных заболеваний. Проведенная терапия включала: экстракорпоральные методы детоксикации (ЭКМД) – дискретный плазмаферез (ДПФ) №3, гемодиализация (ГДФ) №2, орнитин, липоевую кислоту, препараты вит. К, лечение коагулопатии, ГКС в/в 4 мг/кг/сут, противоотечную, антибактериальную и симптоматическую терапию. Выводы: 1. Даже незначительная доза АСК может послужить индуктором нарушения окислительного фосфорилирования, окисления жирных кислот. 2. Использование ЭКМД (ДПФ и ГДФ) в терапии синдрома Рея повышает эффективность лечения за счет комбинации детоксикационного и противоотечного эффектов.

## **ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ЛИЦ, ПРЕБЫВАЮЩИХ НА ПРОГРАММАХ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СИНТЕТИЧЕСКИМИ ОПИОИДАМИ**

Городокин А.Д.

Научный руководитель: д. м. н. проф. Чугунов В.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии, психотерапии, общей и мед. психологии, наркологии и сексологии

Актуальность. Опиоидная зависимость – является фактором, массивно искажающим естественные стереотипы психического реагирования, лежащие в основе невротогенеза, что позволяет использовать контингент лиц, пребывающих на программах заместительной терапии синтетическими опиоидами для анализа механизмов и форм патопластической модификации невротических расстройств в условиях их коморбидности с аддикциями. Цель исследования: на основании анализа структуры психопатологических нарушений у лиц, пребывающих на программе заместительной терапии синтетическими опиоидами, установить характеристики коморбидности психопатологии невротического спектра и аддикций. Контингент исследования: 100 пациентов КУ «Запорожский областной наркологический диспансер», проходящих программу заместительной терапии зависимости синтетическими опиоидами. Методы исследования: клинико-anamnestический, клинико-психопатологический, психодиагностический. Результаты исследования. На основании анализа клинических характеристик невротических симптомов у лиц составивших контингент исследования проведена систематизация интроспективных (восприятие собственного состояния), декларативных (характер предъявляемых или упоминаемых жалоб), структурных и динамических характеристик нарушений невротического спектра в условиях их коморбидности с аддикциями (табл. 1).

Таблица 1

Характеристики нарушений невротического спектра в условиях их коморбидности с аддикциями

Семиотика Вектор анализа	Тревога	Депрессия	Обсессивные симптомы	Соматоформные симптомы
Интроспективный	анозогнозия, интерпретация симптомов как проявлений абстиненции	анозогнозия, интерпретация симптомов как проявлений абстиненции	гипернозогнозия, нозофобия в отношении психической патологии	анозогнозия, интерпретация симптомов как проявлений абстиненции
Декларативный	не декларируется, воспринимается как статусная норма	агравация психологического состояния с прононсированием социальных и экзистенциальных факторов	декларация состояния исключается в силу протекции доступа к объекту аддикции	не декларируется, воспринимается как статусная норма
Структурный	повышение двигательной активности и вегетативные симптомы	дисфорический тип гипотимии при отсутствии двигательных симптомов	обсессии сопровождаются фобическим компонентом, компульсивные формы поведения замещены наркотизацией	отсутствие психологической аранжировки, соматические симптомы изолированы
Динамический	флюктуация симптоматики в связи с наркотизацией	циклотимия индуцированная сменой фаз наркотизации и абстиненции	интенсификация при наркотизации со сменой аффективной аранжировки обсессий	флюктуация симптоматики в связи с наркотизацией