

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ ОБЩЕСТВА ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА¹

Председатель Правления — Э. В. Ульрих, ответственный секретарь — Д. А. Лебедев,
референт — И. И. Зарова

471-е заседание 18.01.2012 г.

Председатель — В. Г. Баиров

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. М. В. Щebenков, Н. А. Лотовская, В. В. Головатинский (кафедра детской хирургии СПбСЗГМУ им. И. И. Мечникова, Детская городская больница № 5 им. Н. Ф. Филатова). **Липома забрюшинного пространства, стимулирующая пахово-мошоночную грыжу у ребёнка 5 лет.**

Представлено редкое клиническое проявление забрюшинной липомы, симулировавшей пахово-мошоночную грыжу, а также возможности и преимущества лапароскопической методики в диагностике и лечении подобных заболеваний. Ребёнок, 5 лет, поступил для планового оперативного лечения с диагнозом правосторонняя пахово-мошоночная грыжа. Запланирована лапароскопическая герниопластика. Во время лапароскопии выявлена большая липома (?) забрюшинного пространства, эндоскопических признаков грыжи нет. Операция завершена (на диагностическом этапе). Пациент дообследован: УЗИ и КТ органов брюшной полости, доплерография. Диагноз липомы подтвержден. Выполнено лапароскопическое удаление опухоли в полном объеме. Гистологически подтверждена липома забрюшинного пространства.

2. М. В. Щebenков, Н. А. Лотовская, А. А. Жирьлеев (кафедра детской хирургии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, ДГКБ № 5 им. Н. Ф. Филатова). **Случай развития острой спаечной кишечной непроходимости у ребёнка 3 лет в сочетании с острым флегмонозным аппендицитом.**

Представлен редкий случай деструктивного аппендицита (поздно диагностированного на догоспитальном этапе), осложнившегося острой спаечной кишечной непроходимостью, а также возможности диагностической лапароскопии для уточнения диагноза и выбора оптимального операционного доступа.

Больной И., 2 года 8 мес, поступил в больницу на 5-й день заболевания (переведет из НИИ детских инфекций, куда был госпитализирован с диагнозом острый гастроэнтерит, однако диагноз направления снят, заподозрена хирургическая

патология, и ребенок переведен в ДГБ № 5) с жалобами на приступообразные боли в животе, тошноту, многократную рвоту, субфебрильную температуру тела. При осмотре и обследовании (УЗИ, рентгенография: перераздутые петли кишечника, уровни жидкости) поставлен диагноз кишечная непроходимость, и ребенок после предоперационной подготовки взят на операцию. Операция начата с лапароскопии. В брюшной полости — геморрагический выпот в умеренном количестве, петли тонкой кишки резко раздуты, толстая кишка спавшаяся. При ревизии обнаружено место странгуляции тонкой кишки за счет ее сдавления изменённым червеобразным отростком. Выполнены мини-лапаротомия, аппендэктомия. Отросток отделен от стенки тонкой кишки, странгуляция устранена, но, учитывая ограниченную видимость и необычную находку, решено перейти на открытую ревизию аппендикулярным доступом. В рану выведен купол слепой кишки, червеобразный отросток флегмонозно изменен. Тонкая кишка равномерно раздута с жидким содержимым, другой причины непроходимости не выявлено. Кишка в зоне странгуляции жизнеспособна, проходима. Послеоперационный диагноз: флегмонозный аппендицит, острая спаечная кишечная непроходимость.

ДОКЛАД

М. В. Щebenков, В. В. Ясюченя (кафедра детской хирургии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, ДГКБ № 5 им. Н. Ф. Филатова). **Эндовидеохирургия в диагностике и лечении различных форм крипторхизма у детей.**

Крипторхизмом обусловлено 4,9% случаев мужского бесплодия. Наибольшие сложности в диагностике и лечении при крипторхизме традиционно вызывают больные с синдромом «непальпируемого яичка», составляющим до 20% от общего количества таких пациентов. При ревизии из пахового доступа диагностические ошибки возможны у 23% пациентов, а орхиопексия абдоминального яичка оказывается неудачной у 20–50%. Авторами с 1994 г. выполнено более 200 диагностических и лечебных лапароскопических операций по поводу крипторхизма. Расположение яичка позволило у 102 детей выполнить одноэтапное его низведение. У 10 больных потребовалась 2-этапная операция низведения по методике Fowler—Stephens. Слепо заканчивающийся в

¹ В течение нескольких лет, к сожалению, протоколы заседаний Общества детских хирургов не печатались в нашем журнале. Мы намерены восстановить этот пробел и с текущего года регулярно печатать протоколы.

брюшной полости семявыносящий проток и гипоплазия сосудов яичка (характерные для его агенезии) обнаружены в 9,8% лапароскопий. Аплазия яичка диагностирована у 30% этих пациентов.

Одним из важных преимуществ методики эндовидеохирургического низведения яичка является возможность адекватной мобилизации элементов семенного канатика, которая позволяет максимально удлинить сосудистую ножку и полноценно низвести половую железу в мошонку. Лапароскопическая ревизия позволила четко определить наличие или отсутствие гонады, элементов семенного канатика, их месторасположение и взаимоотношение, выработать наиболее оптимальную хирургическую тактику у всех пациентов.

При изучении отдалённых результатов лечения выявлено, что после лапароскопической орхиопексии яички более подвижны, чем после операций «открытым» способом, и по результатам УЗИ практически не имеют изменений в паренхиме. Эндовидеохирургическая методика должна являться методом выбора при обследовании детей с синдромом «непальпируемого яичка».

Поступил в редакцию 31.10.2012 г.

472-е заседание 15.02.2012 г.

Председатель — проф. Э. В. Ульрих

ДОКЛАДЫ

1. Н. А. Крутелев, В. П. Сницук, А. В. Каминский, С. Н. Погорелый, А. А. Гусев, А. Р. Абульханова, Н. В. Захаренко, И. П. Гришина (ЛОДКБ, отделение нейрохирургии). **Диагностика, лечение и осложнения у больных с диастематомиелией.**

В отделении нейрохирургия ЛОДКБ с 1999 по 2011 г. лечились 24 пациента (в возрасте от 22 дней до 17 лет на момент проведения операции) с диастематомиелией — аномалией позвоночного канала и спинного мозга на протяжении нескольких позвонков, сочетающейся с костной или фиброзной перегородкой. Целью исследования явилась разработка комплексного подхода, включающего в себя методику ранней диагностики, определение сроков, показаний и объема хирургического лечения, минимизацию операционной травмы позвоночника на этапе доступа, а также корешков и спинного мозга — на этапе удаления перегородки. У всех пациентов диагноз установлен на этапе предоперационного обследования и подтвержден при оперативном вмешательстве. У 13 больных была диастематомиелия I типа (костная перегородка), у 11 — II типа (фиброзная перегородка). У 37% детей порок сочетался с другими врожденными аномалиями спинного мозга, у 29% — с дизрафическим статусом, у 12,5% — с гамартомами. Основными показаниями к оперативному лечению при наличии фиброзной перегородки было нарастание неврологической симптоматики на фоне сопутствующего дизрафизма, при костной перегородке — прогрессирующая деформация позвоночника. При любом варианте порока абсолютным показанием к оперативной коррекции считалось появление или нарастание неврологического дефицита.

Авторы подчеркивают, что решение проблемы диагностики и лечения диастематомиелии требует участия в этом процессе специалистов лучевой диагностики, неврологов,

ортопедов, нейрохирургов. Ранняя диагностика, адекватная комплексная оценка состояния больного, активная хирургическая тактика с применением принципов малоинвазивности и микрохирургии позволяют добиться хорошего результата в большинстве случаев.

2. В. П. Сницук, М. Д. Владовский, Н. А. Крутелев, А. Ю. Мушкин, А. А. Гусев, Н. С. Кашианова, А. В. Каминский (ЛОДКБ, СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова СПбНИИ фтизиопульмонологии). **Опухоли и опухолеподобные заболевания позвоночника и спинного мозга у детей в Ленинградской области — некоторые аспекты эпидемиологии, диагностики и лечения.**

Опухоли позвоночного канала — редкая патология у детей. Вследствие их большого разнообразия набрать и обобщить материал по данной теме сложно. Одна из самых тяжелых групп больных — пациенты с интраканальными опухолями. Своевременность диагностики, высокий уровень технической оснащенности лечебного учреждения и квалификация врачей являются основными факторами, влияющими на выживаемость и качество жизни данной категории больных. В ЛОДКБ с 1998 по 2011 г. были прооперированы 78 детей от 20 дней до 17 лет с опухолями и опухолеподобными заболеваниями позвоночного канала. Все пациенты были жителями Ленинградской области. Авторы представили, на основании данного материала, заболеваемость, гистологическую структуру, характерную локализацию патологии, а также выживаемость больных данной группы в зависимости от гистологического варианта и локализации опухоли.

3. В. П. Сницук, Н. В. Калакутский, М. Г. Булгаков, М. В. Булгакова, Н. А. Крутелев, А. А. Гусев, А. В. Каминский (ЛОДКБ, СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова). **Лечение синдрома фиксированного спинного мозга и аномалии Киари на примере больных с дизрафическим статусом.**

Синдром фиксированного спинного мозга всегда является не самостоятельной проблемой, а следствием другого врожденного или приобретённого заболевания, в то время как аномалия Киари может быть как самостоятельным пороком краниовертебральной области, так и сочетаться с врожденными аномалиями спинного мозга. Самой частой врожденной аномалией, при которой всегда имеется сочетание синдрома фиксированного спинного мозга и аномалии Киари, при дизрафическом статусе является миелошизис (миелоцеле), реже (при более простых видах дизрафии) — менингоцеле.

Авторы определили группу заболеваний врожденного и приобретённого характера, приводящих к синдрому фиксированного спинного мозга и аномалии Киари. Основываясь на диагностических и клинических данных, выделили симптомы, на основании которых выставляются показания к оперативному лечению. Наличие лишь рентгенологических изменений вышеуказанных патологических состояний не является показанием для хирургического лечения. В этой группе пациентов, как правило, отмечается изначально отягощенный неврологический, ортопедический, урологический анамнез. Для них необходимо планирование множества этапных операций, после которых имеется риск тяжелых неврологических и хирургических осложнений, что требует тщательного отбора пациентов и установления абсолютных показаний для оперативного лечения.

Поступил в редакцию 31.10.2012 г.

473-е заседание 21.03.2012 г.*Председатель — Д. Д. Купатадзе***ДОКЛАД**

А. П. Иванов, П. В. Павлов, В. В. Набоков, С. И. Якунин, В. Г. Портнов (отделение ангиомикрохирургии и кафедра ЛОР-болезней СПбГПМА). **Пластическое воссоздание трахеи в шейном отделе.**

Хирургическое лечение последствий сочетанной травмы гортани, трахеи и пищевода, восстановление значительных по длине циркулярных дефектов шейного отдела трахеи остается весьма серьезной проблемой для хирургов и отоларингологов. Реабилитация таких пациентов нередко требует тяжелых, рискованных и не всегда успешных вмешательств. В сообщении представлен успешный опыт лечения двух пациентов, включающий этапное пластическое создание «новой трахеи» в шейном отделе, путем достаточно малотравматичных вмешательств. Подробно представлены принципы методики, техника операции и результаты лечения. У одного пациента непосредственный результат трахеопластики спустя 6 мес после операции, у второго — 10 лет.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

А. П. Иванов, П. В. Павлов, В. В. Набоков, С. И. Якунин, А. Л. Копяков, А. И. Тихомиров (отделение ангиомикрохирургии и кафедра ЛОР-болезней СПбГПМА). **Фарингоэзофагопластика реваскуляризированным кишечным сегментом у ребенка 4 лет с последствиями химического ожога.**

В демонстрации представлен пациент с последствиями ожога гортаноглотки кристаллами марганцовки в возрасте 1,5 лет. В течение 2 лет получал лечение в другой больнице, где были наложены гастростома и трахеостома. Выполнены две отсроченные операции фарингопластики местными тканями, каждая из которых не привела к успеху. При поступлении в нашу клинику больной не проглатывал слюну, отмечался выраженный аспирационный синдром, дыхание осуществлялось через трахеостому. В фильме показаны данные предоперационного обследования, основные этапы операции — аутотрансплантации тонкокишечного сегмента с замещением пораженного глоточно-пищеводного сегмента. Продемонстрированы хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

Поступил в редакцию 31.10.2012 г.

474-е заседание 18.04.2012 г.*Председатель — проф. И. А. Комиссаров***ДОКЛАД**

Т. К. Немилова (главный детский хирург Санкт-Петербурга). **Отчет о работе детских хирургических стационаров Санкт-Петербурга в 2011 г.**

В ежегодном отчете представлена работа в прошедшем году хирургических отделений в городских детских больницах № 1, 2, 5, 19, 22, а также в СПбГПМУ. По-прежнему наибольший объем вмешательств, разнообразных по характеру,

осуществляется в ДГБ № 1. Продолжают широко внедряться в практику миниинвазивные вмешательства, преимущественно в ДГБ № 1, № 5 и в СПбГПМУ. Однако в остальных стационарах, при наличии соответствующего оборудования для миниинвазивных вмешательств, это оборудование не используется в достаточном объеме. Увеличилось количество операций в СПбГПМУ при воронкообразной деформации грудной клетки, при этом используется модификация операции Nuss'a. Широко внедряются ангиорентгенологические методы лечения, в частности при варикоцеле (СПбГМУ). По-прежнему хирургия новорожденных занимает лидирующие позиции в стране, однако миниинвазивные методы (лапаро- и торакоскопия) в неонатальной хирургии пока лишь начинают внедряться (диафрагмальные грыжи, кисты брюшной полости и другие виды патологии). При анализе летальности отмечено, что в основном летальные исходы могут быть отнесены к «неуправляемой» летальности. Говоря о перспективах дальнейшего развития детской хирургии в нашем городе, отмечена необходимость более широкого применения современных миниинвазивных методов.

Поступил в редакцию 31.10.2012 г.

Юбилейное заседание 16 мая 2012 г., посвященное 90-летию Гирей Алиевича Баирова*Председатель — ректор СПбГПМУ проф. В. В. Леванович*

На заседании выступили ученики Г. А. Баирова, осветившие разнообразные достижения детской хирургии в нашем городе и большую роль, которую сыграл Гирей Алиевич в становлении и развитии детской хирургии в Ленинграде — Санкт-Петербурге:

Проф. В. И. Гордеев. Мой Гирей Алиевич. Путёвка в жизнь.

Проф. И. А. Комиссаров. Неотложная хирургия детей до и после Г. А. Баирова.

Проф. В. Г. Баиров. Г. А. Баиров — основоположник неонатальной хирургии.

Проф. И. Б. Осипов. Г. А. Баиров — выдающийся детский уролог.

Проф. Д. Д. Купатадзе. Роль Г. А. Баирова в развитии детской сосудистой хирургии.

Доц. В. В. Горелый. Вклад Г. А. Баирова в травматологию и ортопедию.

475-е заседание 19.09.2012 г.*Председатель — проф. Т. К. Немилова***ДЕМОНСТРАЦИИ**

1. *С. А. Караваева, М. А. Гоценко, Ю. В. Леваднєв, В. В. Диденко* (ДГБ № 1). **Сложности диагностики и лечения изолированного трахеопищеводного свища у ребенка 3 лет с множественными пороками развития.**

В демонстрации представлено необычное наблюдение изолированного трахеопищеводного свища (ТПС). Ребенок был оперирован в другом городе по поводу ТПС (без атрезии пищевода) из торакотомического доступа, однако после операции сохранялась клиника изолированного ТПС. В течение

длительного времени девочка неоднократно обследована в различных стационарах, в том числе нашего города. При поступлении в ДГБ № 1 в результате тщательного обследования выявлен ТПС, который расценен как рецидивный. Поскольку первичная операция производилась из торакотомического доступа, была произведена реторакотомия, однако ТПС не обнаружен. Эндоскопическое (внутрипросветное) ассистирование во время операции подтвердило наличие очень высокого ТПС, в связи с чем из доступа на шее свищ обнаружен и ликвидирован. Послеоперационное течение гладкое, клинические проявления ТПС прошли.

При обсуждении демонстрации авторы и присутствовавшие вынуждены были констатировать, что во время первичной операции ТПС не был обнаружен, хотя оперировавшие хирурги написали, что ликвидировали ТПС. Это резко затруднило диагностику и вынудило пойти на торакотомию, хотя в большинстве случаев изолированного ТПС наиболее рациональный доступ — шейный.

2. А. Н. Котин, И. И. Зарова, Н. А. Борисова, В. А. Логунова, О. Н. Новополецкая (ДГБ № 1). **Лечение гигантской гемангиомы бедра у новорождённого ребёнка.**

Ребенок поступил в ДГБ № 1 в 1-е сутки жизни. Гемангиома бедра гигантских размеров была выявлена антенатально. УЗИ и МСКТ подтвердили наличие кавернозной гемангиомы. Вскоре после поступления появились признаки сердечной недостаточности (СН) с развитием в динамике легочной гипертензии. Решено провести комплексное консервативное лечение с использованием в том числе пропранолола (обзидана). Через 1 нед от начала лечения гемангиома уменьшилась в размерах, стала менее напряженной, побледнела. Однако СН сохранялась. Кроме того, в центре гемангиомы образовалась площадка мацерации и изъязвления. В возрасте 1 мес 8 дней из гемангиомы началось кровотечение. Ребёнок взят в операционную, кровотечение остановлено. На операционном столе произведена ангиография для уточнения архитектоники сосудов, после чего произведена операция. Послеоперационное течение гладкое. Авторами подчеркнута важность тщательного обследования и применения тактики комбинированного лечения, что позволяет в наиболее благоприятных условиях производить хирургическое вмешательство.

ДОКЛАД

М. А. Гошченко, С. А. Караваева, А. Н. Котин, Т. К. Немилова (ДГБ № 1). **Сообщение по материалам последних международных форумов по детской хирургии [WOFAPS annual meeting «Update in pediatric surgery: controversies and advances», Босния, сентябрь 2011 г.; Совместный Конгресс EUPSA (Европейская Ассоциация детских хирургов) и BAPS (Британская Ассоциация детских хирургов) — Италия, Рим, июнь 2012 г.].**

Авторами представлены наиболее интересные материалы указанных форумов, в частности лекция Д. Насса о технических аспектах минимально инвазивной коррекции воронкообразной деформации грудной клетки (измерение, моделирование и выбор материала пластины, техника создания туннеля с помощью торакоскопии, правильная стабилизация пластины и т. п.). В докладе С. Ротенберга указывалось о преимуществах торакоскопических операций при атрезии пищевода (49 пациентов за последние 10 лет). Дж. Фокер представил метод удлинения сегментов пищевода,

в том числе и при протяжённых послеожоговых стриктурах («рекорды»: диастаз 16 см, нижний сегмент 3 мм, стриктура длиной 18 см). При аноректальных аномалиях (АА) предлагалась комбинация лапароскопии и заднесагитального доступа для лечения АА со свищем на уровне предстательной железы или шейки мочевого пузыря. При болезни Гиршпрунга подчеркивалась необходимость полнослойной биопсии, при необходимости наложения стом предложен альтернативный вариант — сразу илеостома (потом — эндоректальное низведение), комбинированная операция «SoavSon». Указывалось также влияние промывания кишки на качество биопсии. При обсуждении проблемы неспецифического эрозивного колита у новорожденных наиболее важными вопросами являются поиск маркёров повреждения кишечной стенки, критерии постановки показаний к операции, оценка рентгенограмм, правила ирригографии, возможность операций на посту интенсивной терапии. В докладе о гастрошизисе говорилось о влиянии пренатального назначения глюкокортикоидов на течение послеоперационного периода, кроме того, указывалось на возможность пренатального спонтанного закрытия дефекта передней брюшной стенки, что может привести к тяжелым осложнениям (синдром короткой кишки).

На урологической секции была представлена новая методика при трудностях низведения яичка из брюшной полости у детей с крипторхизмом, а также опыт лечения экстрофии мочевого пузыря без остеотомии, иммобилизации и без необходимости пребывания ребенка в отделении реанимации, кроме того, метод везикостомии с использованием лоскута крайней плоти полового члена. Подчеркивалась возможность и преимущества лапароскопической герниопластики у новорожденных (в том числе у недоношенных).

В качестве возможного маркёра для скрининга по поводу атрезии желчных ходов предложено определять сульфатированные желчные кислоты в моче. В гепатологии отмечена возможность обширных резекций печени как альтернативы пересадки печени при опухолях.

Доклад о форумах вызвал огромный интерес аудитории и был встречен аплодисментами.

Поступил в редакцию 31.10.2012 г.

476-е заседание 17.10.2012 г.

Председатель — доц. В. В. Горелый

ДОКЛАД

И. А. Комиссаров, И. А. Комолкин, А. П. Афанасьев, Д. В. Щеголев (СПбГПМУ). **Хирургическое лечение воронкообразной деформации грудной клетки у детей.**

Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) — наиболее часто встречающийся порок развития передней грудной стенки. В 1987 г. Nuss предложил метод торакопластики, заключающийся в исправлении ВДГК путем внутримембранного проведения пластины с последующей фиксацией к ребрам. Под нашим наблюдением в клинике ортопедии—травматологии в период с 2008 по 2011 г. находились 122 пациента с воронкообразной деформацией грудной клетки в возрасте от 3 до 17 лет. У всех проведено хирургическое лечение. У 29 пациентов применили малоинвазивную торакопластику по методу D. Nuss, у 8 — с помощью видеоассистенции. В раннем послеоперационном

периоде у 3 больных произошла миграция металлоконструкции, что клинически проявлялось резкой болью, потерей операционной коррекции. Это осложнение явилось показанием к повторной торакопластике.

Основываясь на собственном опыте, авторы модифицировали торакопластику по Nuss, а также разработали корригирующую пластину для стабилизации грудинореберного комплекса (ГРК) с более высокой степенью жесткости. Предложенная техника хирургической коррекции воронкообразной деформации грудной клетки обладает рядом преимуществ: при мобилизации ретростерального пространства риск повреждения плевры минимизирован, предложенные хирургические доступы снижают травматичность при проведении пластины, введение имплантата осуществляется внеплеврально под мануальным контролем, фиксация пластины не производится без потери стабильности системы.

Результаты торакопластики в указанной модификации прослежены у 89 пациентов. Миграций металлоконструкций не отмечено. Хорошие результаты получены у 91% пациентов.

ДЕМОНСТРАЦИИ

1. Э. В. Ульрих, А. В. Губин, А. П. Афанасьев, И. А. Комолкин (СПбГПМУ). **Хирургическое лечение пациента с деформацией позвоночника в шейном отделе при нейрофиброматозе I типа.**

Представлено клиническое наблюдение хирургического лечения юноши, 16 лет, с деформацией позвоночника при нейрофиброматозе I типа (НФ-1) — редкое по локализации поражение при с развитием грубой кифотической деформации (125 °) и миелопатии в виде тяжелого тетрапареза с нарушением функции тазовых органов. Проведено двухэтапное хирургическое лечение. Первый этап — краниоскелетное вытяжение в течение 4 нед с последующей коррекцией и стабилизацией позвоночника дорсальной многоопорной

конструкцией и спондилодезом с использованием аутоотрансплантата из резецированного ребра. Фиксация позвоночника от C_{II} до Th_{II}. Получена коррекция деформации на 70 °, значительный регресс неврологических нарушений. Второй этап через 1 год — корпорэктомия C_{IV-V}, вентральный спондилодез (ауторебро), фиксация титановой конструкцией типа Mesh. Пациент осмотрен через 1 год: сохраняется достигнутая коррекция, сформировался спондилодез, сохранены движения головой, отсутствуют неврологические нарушения.

2. С. В. Хрытов, В. А. Евсеев, И. А. Комолкин (СПбГПМУ). **Использование метода эндопротезирования в хирургическом лечении туберкулезного коксита у больной 16 лет.**

Эндопротезирование суставов у больных, перенесших специфические и неспецифические артриты, всегда представляет большие трудности. Нередко возникают осложнения, требующие удаления эндопротеза. Представлен результат лечения больной К., 16 лет, с диагнозом туберкулезный левосторонний коксит. Состояние после многократного хирургического лечения. Пациентке ранее выполнены 8 операций на костях таза и бедра, приведших к развитию вторичного коксартроза. 16.05.2012 г. была выполнена операция тотального эндопротезирования левого тазобедренного сустава эндопротезом бесцементной фиксации с пластикой крышки вертлужной впадины аллокостью. В дальнейшем, в связи с возникшим воспалительным процессом, была дважды выполнена ревизия послеоперационной раны с установкой системы проточного дренирования с активной аспирацией. На 3-и сутки после второй ревизии появились признаки илеофemorального тромбоза слева. Проводилась антибактериальная и антикоагулянтная терапия. Явления тромбоза и воспаления были купированы. На фоне проводимого реабилитационного лечения эндопротез удалось сохранить. Достигнут хороший функциональный и анатомический результат.

Поступил в редакцию 31.10.2012 г.

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Президент общества — В. А. Глущенко, ученый секретарь — З. А. Зарипова, референт — Е. Г. Гаврилова

556-е заседание 25.04.2012 г.

Председатель — К. М. Лебединский

ЛЕКЦИИ

1. Марк Леон (Госпиталь «Норд», г. Марсель, Франция). **Норэпинефрин в лечении септического шока.**

Основной проблемой при шоке является дефицит кислорода в клетках и, соответственно, основной задачей интенсивной терапии является доставка кислорода к жиз-

ненно важным тканям. Патофизиология септического шока заключается в выбросе медиаторов воспаления с последующей вазодилатацией, снижением перфузионного давления, контрактильности, что в совокупности приводит к тканевой гипоксии. Основными направлениями лечения при септическом шоке являются: улучшение тканевой оксигенации, увеличение органного кровотока и перфузионного давления. Цели терапии могут быть конкретизированы следующим образом: ЦВД 8–12 мм рт. ст., среднее АД (САД) выше 65 мм рт. ст., диурез выше 0,5 мл/(кг·ч), SvO₂ 70% и более.