Выводы.

1. В лечении пациентов с перипротезной инфекцией предпочтителен хирургический метод, который применен в 71,4% случаев.

2. Хирургический дебридмент с сохранением эндопротеза (DAIR) выполнен у 77,8% пациентов с инфекцией области тазобедренного и у 71,9% пациентов с инфекцией области коленного сустава.

3. Ведущими возбудителями перипротезной инфекции области тазобедренного и коленного суставов являются золотистый стафилококк (50%) и граммотрицательная микрофлора (22,2%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Материалы Второй международной согласительной конференции по скелетно-мышечной инфекции / под общ. ред. Р. М. Тихилова, С. А. Божкова, И. И. Шубнякова. СПб. : РНИИТО им. Р.Р. Вредена, 2019. – 314 с.

2. Twenty common errors in the diagnosis and treatment of periprosthetic joint infection / C. Li, N. Renz, A. Trampuz, C. T. Ojeda-Thies // Int Orthop. –2020. – Vol. 44, № 1. – P. 3-14.

3. Risk factors, diagnosis and management of prosthetic joint infection after total hip arthroplasty / S. S. Ahmed, F. Begum, B. Kayani, F. S. Haddad [at al.] // Expert Rev Med Devices. –2019. – Vol. 16, № 12. – P. 1063-1070.

4. Debridement, antibiotics and implant retention (DAIR): An effective treatment option for early prosthetic joint infections / P. P. Tatarelli, T. Romani, V. Santoro [et al.] // J Infect Chemother. – 2021. – Vol. 27, № 8. – P. 1162-1168.

ТОРАКОЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА КАК СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ

Кандыбо А.А., Бабкин А.В., Кандыбо И.В., Сошникова Е.В.

Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии, Минск, Беларусь

Введение. Широкое применение малоинвазивных эндоскопических методов практически во всех разделах современной мировой хирургии не позволяют сомневаться в их целесообразности и преимуществах. Эндоскопическая хирургия позвоночника не стоит в стороне от мировой тенденции к минимально инвазивным вмешательствам, активно завоевывает новых сторонников [1, 2].

Цель. Демонстрация нашего опыта торакоэндоскопической хирургии грудного отдела позвоночника при различной патологии, с последующим обсуждением и выходом на оптимальные варианты дальнейшего развития в этом направлении.

Методы исследования. Представлены варианты торакоэндоскопических вмешательств при различной патологии грудного отдела позвоночника, выполненные в Республиканском научно-практическом центре травматологии

Репозиторий ГрГМУ

и ортопедии начиная с 2024 г. по настоящее время. За этот период по указанной методике оперировано 14 пациентов. Из них по поводу дегенеративных заболеваний грудного отдела позвоночника и различными вариантами стеноза с заинтересованностью структур позвоночного канала – 7 пациентов, травматических повреждений – 4 пациента, доброкачественных опухолей позвоночно-реберного угла – 2 пациента; межтеловой спондилодез тел грудных позвонков после задней коррекции и стабилизации кифоза выполнен у 1-го пациента.

Результаты и их обсуждение. Данные исследования выполняются в рамках утвержденной темы НИР «Разработать метод лечения повреждений и заболеваний грудного отдела позвоночника и инструментарий для выполнения малоинвазивных торакоскопических хирургических вмешательств» (68.1), запланированной, включая внедрение на 2024-2028гг.

Обследования (лучевая диагностика) до и после операции стандартные: спондилография, КТ и (или) МРТ. Всем пациентам в предоперационном периоде, а также в период 7-10 суток после выполнялась спирография, что по-нашему мнению косвенно показывает динамику восстановления функции внешнего дыхания, кореллирующую со степенью инвазивности и, соответственно, травматичности операции.

В качестве хирургического доступа применялась эндоскопически ассистируемая малоинвазивная торакотомия с последующим выполнением основного этапа. В зависимости от предполагаемого объёма вмешательства на позвонках и паравертебрально расположенных опухолях, торакотомия при необходимости сопровождалась резекцией ребра, с последующим использованием в качестве пластического материала для спондилодеза самостоятельно, как и в случае формирования межтелового спондилодеза после задней коррекции кифоза или в дополнение к титановым сетчатым имплантатам. В одном случае применялся доступ с костотомией и мобилизацией ребра по типу клавиши, что в нашем случае обеспечивает достаточный обзор позвоночника, снижает напряжение ретрактора и тканей, позволяет избежать перелома ригидного ребра и сопоставить концы ребра в месте его пересечения, а также восстановить анатомию реберного каркаса при завершении операции.

К нижнегрудным позвонкам применялся как правосторонний доступ, традиционно используемый в нашем учреждении, так и левосторонний, который оказался предпочтительнее, так как в этом случае печень не препятствовала для выполнения доступа и работы на позвонках с использованием оптики эндоскопа.

Дегенеративные стенозы позвоночника в виде оссификатов межпозвонковых дисков (грыж межпозвоновых дисков) были моносегментарными, различных размеров. Но удаление таких образований из позвоночного канала вместе с измененной (оссифицированной) задней продольной связкой путем резекции только межпозвонкового диска и субхондральных пластинок технически невыполнимо. Поэтому для атравматичной мобилизации выполнялась удаление как минимум ½ тел

Репозиторий ГрГМУ

смежных позвонков. Для резекции тел позвонков при доступе к позвоночному каналу применялись разработанные нами специальные острые и жесткие длинные костные экстракторы, а также высокоскоростные костные фрезы. В одном случае нам не удалось удалить оссификат больших размеров в сегменте Th_{9-10}, занимавший около 80% позвоночного канала, из-за массивного кровотечения из измененных, расширенных вен позвоночного канала, ограничившись его отделением от позвонков и мобилизацией, уменьшив тем самым, компримирующее воздействие на спинной мозг.

Наиболее эффективно удавалось удаление из реберно-позвоночного угла доброкачественных опухолей (шваном), исходящих из межреберных нервов. В одном случае конгломерат из трех узлов располагался слева на уровне Th_{5-6} позвонков слева, в другом- на уровне Th_{3-4} справа.

Основным источником кровотечения были венозная сеть позвонков и вены позвоночного канала, измененные расширенные и истонченные, в результате длительной их компрессии. Остановка кровотечения из костной ткани с применением костного воска не была проблематичной. Особую трудность представлял гемостаз из расширенных и истонченных вен позвоночного канала, особенно при их отрыве при декомпрессии и кровотечения из-под костной ткани. В таких случаях пользоваться биполярной коагуляцией не представляется возможным и осуществлялась аппликация препаратом ТАХОКОМБ, тампонада салфетками с физраствором, переливанием свежезамороженной плазмы (СЗП).

Неоспоримым преимуществом при выполнении операции на грудных позвонках, особенно малоинвазивных, является применение однолегочной интубации. В тех случаях, когда при отсутствии противопоказаний, удавалось применить однолегочную вентиляцию, доступ к позвоночнику существенно облегчался, операционное время сокращалось.

В послеоперационном периоде устанавливался активный дренаж плевральной полости, который, как правило, удалялся на вторые сутки после контроля УЗИ, КТ.

Данные спирографического исследования через 8-10 дней после вмешательства свидетельствовали о том, что количественные показатели функции внешнего дыхания оставались на дооперационном уровне, убедительно подтверждая малотравматичность метода, так как пациент, вследствие низких болевых ощущений или их отсутствии, без труда выполняет требуемые дыхательные упражнения.

Выводы. Преимуществами торакоскопических вмешательств являются – малотравматичность метода, возможность контроля за локализацией хирургического инструмента, ранняя активизация и реабилитация пациентов, и как результат малоинвазивной технологии, уменьшение сроков пребывания в стационаре. Использования эндоскопа дает также оптическое увеличение в среднем х4 и хорошую локальную освещенность операционного поля, что сравнимо с применением хирургического микроскопа.

К нижнегрудным позвонкам целесообразно применение левостороннего доступа. В зависимости от объема и задач возможно применение

Репозиторий ГрГМУ

миниторакотомии с резекцией или без резекции ребра. Интраоперационная трансфузия смежезамороженной плазмы и применение препарата ТАХОКОМБ позволяет в существенной мере осуществить гемостаз из эпидуральных вен позвоночного канала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабкин, А. В. Хирургическое лечение нейрогенных опухолей реберно-позвоночного угла / А. В. Бабкин, А. Н. Мазуренко, Т. А. Матюшова // Российский нейрохирургический журнал имени профессора А.Л. Поленова. – 2022. – Т. 14, № S1. – С. 219-220.

2. Эндоскопические операции на вентральных отделах грудных позвонков / А. В. Бабкин, А. А. Кандыбо, Т. А. Матюшова, А. Н. Мазуренко // Неврология и нейрохирургия. – 2023. – Т. 13, № S1. – С. 16-17.

СИНДРОМ «СВИСАЮЩАЯ СТОПА» (FOOT DROP) У ПАЦИЕНТОВ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА

Кирячков Ю.Ю., Кислый А.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Введение. Ранняя реабилитация пациентов современный стандарт интенсивной терапии и послеоперационного ухода [1]. Синдром свисающей стопы или «foot drop» является одним из часто нераспознанных и недооценённых осложнений с развитием дистального пареза мышц нижних конечностей и инвалидизации [2, с. 539]. При развитии сгибательной контрактуры подошвы у пациента, находящегося в отделении интенсивной терапии, качество ухода может быть поставлено под сомнение [3, с. 1729]. С точки зрения эргономики «foot drop» синдром представляет собой системный фактор риска для опорно-двигательного аппарата. В результате данного патологического состояния у пациента повышается риск падений, развиваются контрактуры и невозможность вертикализации тела.

Цель. Выявить частоту встречаемости и степени тяжести синдрома «свисающей стопы» у реанимационных пациентов.

Методы исследования. Проспективное исследование, в которое включены 29 взрослых пациента отделения анестезиологии и реанимации Гродненской университетской клиники в период сентябрь 2025 – январь 2026 года (муж. – 14, жен. – 15, медиана возраста – 60,5 лет, Q1-Q3 – 39,2-71,7, средний койко-день на момент исследования 7, Q1-Q3 – 4-9,25) и 10 здоровых лиц – контрольная группа (муж. – 4, жен. – 6, медиана возраста 20,5 лет, Q1-Q3 – 20-21). Проведены измерения движений в голеностопном суставе с двух сторон угломером (цифровой гониометр Skata 200, точность измерения $0{,}3^0$) по международному методу SFTR (регистрация нейтрального положения сустава и (S) движений в сагиттальной плоскости). Объем движений

Репозиторий ГГМУ