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

регистрировался при активных движениях в суставах, а при их ограничении – и пассивных. При определении объема тыльного и подошвенного сгибания (флексия) в голеностопном суставе (ГСС) в сагиттальной плоскости шарнир угломера устанавливают на внутренней (медиальной) или наружной (латеральной) лодыжке, причем одна бранша угломера располагается по оси голени, параллельно средней линии малоберцовой кости, а другая – подвижное плечо гониометра – параллельно пятой плюсневой кости. Тяжелую степень проявлений синдрома «foot drop» принимали по методу Vinci P (2002) при отсутствии тыльного сгибания хотя бы одной из стоп (дорсифлексия, сгибание стопы на себя) меньше угла 100° (≤100°) [4]. Регистрация параметров выполнялась на двух нижних конечностях, однократно. Определялись шкала SOFA, коморбидность, исход лечения.

Результаты и их обсуждение. Тяжелый синдром «свисающей стопы» найден у 14 из 29 пациентов (48,2%). Найдена прямая корреляция с тяжестью пациентов по шкале SOFA и продолжительностью нахождения пациента ОРИТ.

Выводы.

1. Распространенность тяжелого синдрома «свисающей стопы» в отделениях интенсивной терапии является эпидемиологическим фактом и достигает 48,2% случаев проявления в виде тяжелых клинических проявлений и формирует высокую степень инвалидизации.

2. Очевидна необходимость обязательной гониометрической регистрации движений голеностопного сустава при нахождении пациента в отделении интенсивной терапии.

3. Актуальна разработка реабилитационных мероприятий (кинезотейпирование, ортезирование, физиотерапия и нейролизис малоберцового нерва и т.д.) в предотвращении глубокой инвалидности пациента в исходе критического состояния.

ЛИТЕРАТУРА

1. Early mobilisation within 72 hours after admission of critically ill patients in the intensive care unit: A systematic review with network meta-analysis / N. Daum, N. Drewniok, A. Bald [et al.] // Intensive and Critical Care Nursing. – 2024. – Vol. 80. – P. 103573.

2. Foot drop in critically ill patients: a narrative review of an elusive complication with intricate implications for recovery and rehabilitation / P. Formenti, G. Sabbatini, G. Brenna [et al.] // Minerva Anestesiologica. – 2024. – Vol. 90, № 6. – P. 539-549. – doi: 10.23736/S0375-9393.24.17912-6.

3. Arslan, K. The effects of using heel protectors on the prevention of heel pressure injuries and plantar flexion contractures / K. Arslan, S. Ates // Nursing in Critical Care. – 2024. – Vol. 29, № 6. – P. 1729-1738. – doi: 10.1111/nicc.13071.

4. Vinci, P. Footdrop, foot rotation, and plantarflexor failure in Charcot-Marie-Tooth disease / P. Vinci, S. L. Perelli // Arch Phys Med Rehabil. – 2002. – Vol. 83, № 4. – P. 513-516. – doi: 10.1053/apmr.2002.31174.

Репозиторий ГрГМУ