

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОТОКОЛА FAST TRACK ПРИ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

Антипин Э.Э.¹, Антипина Н.П.¹, Уваров Д.Н.²

МУЗ «Родильный дом им. К.Н.Самойловой» г. Архангельск¹

Северный государственный медицинский университет²

Резюме. Концепция Fast track хирургии включает использование регионарных методов анестезии, малоинвазивной хирургии, адекватный контроль за послеоперационной болью, а также агрессивную раннюю физическую реабилитацию, включая раннее энтеральное питание и мобилизацию.

Ключевые слова. Fast track хирургия, кесарево сечение, ранняя физическая реабилитация, послеоперационная боль.

Актуальность. Рост числа кесаревых сечений является общемировой тенденцией. Использование протокола Fast track хирургии может способствовать более эффективной ранней физической и социальной реабилитации женщин в послеоперационном периоде.

Цель исследования. Освоить и определить преимущества использования концепции Fast track хирургии при кесаревом сечении.

Методы. Проводилось пилотное проспективное рандомизированное исследование. В основную группу были включены 15 женщин, которым применялись средства физической реабилитации – прием жидкости через 2 часа после операции, энтеральное питание и мобилизация с использованием элементов ЛФК через 6 часов. В контрольной группе 15 женщин с традиционным послеоперационным ведением – энтеральное питание и мобилизация через сутки после операции.. Все операции проводились под спинномозговой анестезией, использовался 0,5% раствор тяжелого бупивакаина в дозе 12 мг. С целью послеоперационной анальгезии в качестве базового препарата применялся парацетамол (внутривенная форма – 4 г/сут) + НПВС (кетопрофен - 300 мг/сут), кроме того всем пациенткам в послеоперационную рану под фасцию устанавливался катетер и проводилось фракционное введение 0,5% раствора ропивакаина гидрохлорида по 20 мл 4 раза в сутки. При необходимости в схеме использовались наркотические анальгетики. Исследование включало себя оценку болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в покое и при кашле через 6, 12, 24 и 48 часов после операции. Кроме того оценивался эндокринный стресс-ответ на операционную травму на основании показателей уровня кортизола и сахара крови на этапах исследования, а также оценивалась частота возникновения тошноты и рвоты, длительность пареза кишечника, задержка стула, задержка мочи.

Результаты и их обсуждение. При исходной оценке силы боли по ВАШ после операции в покое не было выявлено достоверных межгрупповых отличий. Режим послеоперационной анальгезии родильниц позволяет достаточно адекватно контролировать болевой синдром после лапаротомии (ВАШ<30 мм) в покое. Тем не менее этапах 12, 24 и 48 часов интенсивность боли в основной группе была ниже и составила при оценке по ВАШ -11,2±0,4; 8,1±0,3 и 7,3±0,2; в контрольной - 12,5±0,8; 14,3±0,6 и 12,8±0,6 соответственно. Причем, данные показатели на этапах 24 и 48 часов в основной группе были достоверно ниже, чем в контрольной. Время снижения интенсивности болевого синдрома при кашле до значений, меньших 30 мм составило 12 часов в основной группе, и составляла по ВАШ - 26,5±0,7; 15,9±0,7 и 18,1±0,4 на этапах исследования. В контрольной группе степень выраженности боли при кашле по ВАШ на протяжении всего периода наблюдения сохранялась выше 30 мм - 40,3±1,3; 39,1±1,4 и 32,9±0,7; соответственно, что требовало дополнительного введения обезболивающих средств у 6 пациенток в этой группе (стадол в дозе 2,8±0,4 мг/сут). На наш взгляд, отличия в показателях выраженности болевого синдрома обусловлены ранней активизацией пациенток через 6 часов после операции и ранним энтеральным питанием, способствующем ликвидации слабости в послеоперационном периоде.

При исходной оценке уровней глюкозы и кортизола не было выявлено статистически значимых межгрупповых отличий. В дальнейшем, через 6, 12 и 24 часа после операции в основной группе уровень кортизола составил - 729±69; 322±37 и 595±38 нмоль/л в контрольной группе - 812±92; 659±34 и 895±83 соответственно. При этом на этапах 12 и 24 часа уровень кортизола в основной группе был достоверно ниже, чем в контрольной. В динамике уровня сахара в крови не было выявлено статистически значимых различий между группами. Не было отмечено случаев развития пареза кишечника и задержки мочи в основной группе исследования. В контрольной группе у 8 пациенток через 24 часа после операции отмечалось умеренное вздутие живота, сопровождающееся недостаточной выраженностью перистальтических шумов. Появление спонтанного стула в основной группе отмечалось раньше чем в контрольной, через 63±5 часов и 84±6 часов соответственно.

Вывод. Использование Fast track протокола при кесаревом сечении способствует снижению выраженности болевого синдрома и раннему физическому восстановлению пациенток в послеоперационном периоде, что позволяет сократить сроки пребывания родильниц в стационаре.