

# Інтеграція принципів Fast track surgery у схему лікування оперованих хворих з гострою гінекологічною патологією

Ю.П. Вдовиченко<sup>1</sup>, Т.М. Аношина<sup>2</sup>, В.Л. Вінарська-Свиридюк<sup>2</sup>, О.М. Бойко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

<sup>2</sup>Київська міська клінічна лікарня № 6

У статті викладено результати лікування оперованих хворих із гострою гінекологічною патологією після інтеграції в схему лікування принципів Fast track surgery (FTS).

**Матеріали та методи.** У дослідження були включені пацієнтки віком від 17 до 55 років з гострою гінекологічною патологією, що перебували на лікуванні та оперовані лапароскопічно у гінекологічному відділенні КМКЛ № 6 на базі кафедри акушерства, гінекології та перинатології НМАПО імені П.Л. Шупика у 2013–2015 рр.

Усі хворі (n=346) були розподілені на дві групи. У I групі (n=166) хворих лікували за загальноприйнятою методикою, у II групі була втілена програма FTS при виконанні 180 лапароскопічних операцій.

**Результати.** Доведено, що застосування елементів FTS значно покращує результати лікування оперованих хворих з гострою гінекологічною патологією, дозволяє зменшити рівень больового відчуття за ВАШ з 2,7 до 1,9 бала, диспептичні прояви, тривалість проведення інфузійної та антибактеріальної терапії з 3,4 та 3,2 доби до 1,5 та 1,8 доби відповідно, що в кінцевому результаті приводить до зменшення кількості ліжко-днів з 4,2 до 2,9 доби та дозволяє зменшити вартість лікування.

**Заключення.** Мультимодальна програма FTS підвищує ефективність хірургічного лікування хворих, забезпечує комфортний післяопераційний перебіг, сприяє скороченню термінів реабілітації, ранній виписці зі стаціонару та зменшенню витрат на лікування, що дає, безсумнівно, прямий економічний ефект і значно підвищує престиж лікаря та медичної установи.

**Ключові слова:** гостра гінекологічна патологія, лапароскопія, періопераційна терапія.

Лапароскопічні втручання на сьогодні посідають одне з чільних місць в оперативній гінекології, що пов'язують зі стрімким розвитком технологій та широким впровадженням їх у практику стаціонарів, а інколи – й амбулаторій.

Історичним початком розвитку ендоскопічної хірургії вважають час, коли гінеколог Д.О. Отт (1901) вперше виконав огляд органів малого таза через кольпотомію за допомогою лобового рефлектора, назвавши цю процедуру вентроскопією. Через століття лапароскопічні операції стали золотим стандартом у багатьох галузях хірургічної науки, у тому числі в ургентній гінекології.

Водночас розширення можливостей лапароскопії в гінекології породжує безліч дискусійних питань. Загальний успіх лікування хворих залежить від вибору оптимального методу та об'єму оперативного втручання, його правильного технічного виконання та ведення періопераційного періоду [1–3]

Fast track surgery (FTS), або хірургія швидкого відновлення, є принципово новим підходом до хірургічного лікування хворих та передбачає перегляд багатьох стандартів, що давно стали класичними. Програма FTS охоплює питання передопе-

раційної підготовки, особливостей оперативної техніки, ведення післяопераційного періоду у хворих, що підлягають оперативному втручання. Програма FTS вперше була розроблена датським анестезіологом професором Н. Kechlet у 90-х роках ХХ століття. Згідно з визначенням її автора, програма FTS «... передбачає застосування епідуральної або регіонарної анестезії, малоінвазивних оперативних втручань техніки агресивної післяопераційної реабілітації, що включає: раннє ентérale харчування і ранню активізацію. У комбінації заходи дозволяють знизити стресорну реакцію організму і значно скоротити час, необхідний для повного відновлення» [6, 7].

У 2006 році J. Wind підсумував та ідентифікував FTS-фактори:

- доопераційне інформування пацієнта;
- відмова від підготовки кишечника перед операцією;
- відмова від премедикації;
- застосування пробіотиків перед операцією;
- відмова від повного голодування перед оперативним втручанням;
- застосування розчину декстрози (глюкози) за 2 год до операції;
- регіонарна анестезія, анестетики короткої дії;
- адекватний обсяг інфузії у періопераційний період;
- короткі розрізи (мінінвазивний доступ, поперечні розрізи);
- профілактика доопераційної гіпотермії;
- застосування високих концентрацій O<sub>2</sub> періопераційно;
- неопіоїдна аналгезія;
- відмова від рутинного використання дренажів та назогастральних зондів;
- раннє видалення сечового катетера;
- застосування прокінетиків;
- ранній початок післяопераційного перорального харчування;
- рання мобілізація [4].

Сьогодні FTS широко застосовують у зарубіжних клініках, ефективність і економічна доцільність цього підходу підтверджені великою доказовою базою [5, 8].

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження були включені пацієнтки віком від 17 до 55 років з гострою гінекологічною патологією, що перебували на лікуванні та оперовані лапароскопічно в гінекологічному відділенні КМКЛ № 6 на базі кафедри акушерства, гінекології та перинатології НМАПО імені П.Л. Шупика у 2013–2015 рр.

Усі хворі (n=346) були розподілені на дві групи. У I групі (n=166) хворих лікували за загальноприйнятою методикою, у II групі була втілена програма FTS при виконанні 180 лапароскопічних операцій (табл. 1, 2).

Було використано більшість із 17 FTS-факторів, визначених J. Wind (2006 р.), що охопили всі фази періопераційної терапії: до-, інтра- та післяопераційну.

Розподіл хворих за патологією, n (%)

Гостра гінекологічна патологія	I група, n=166	II група, n=180
Апоплексія яєчника	15 (9,0)	20 (11,1)
Розрив кісти яєчника	74 (44,6)	82 (45,5)
Порушена позаматкова вагітність	55 (33,1)	52 (28,8)
Перекрут придатків матки	10 (6,0)	12 (6,6)
Гнійні захворювання придатків матки	8 (4,8)	8 (4,4)
Некроз субсерозного фіброматозного вузла матки	4 (2,4)	6 (3,3)
Усього хворих	166 (100)	180 (100)

Таблиця 2

Види операцій, проведених в групах дослідження, n (%)

Вид операції	I група, n=166	II група, n=180
Коагуляція яєчника	15 (9,0)	20 (11,1)
Видалення кісти	76 (45,7)	84 (46,6)
Тубектомія, пластика маткової труби	58 (34,9)	56 (31,1)
Аднексектомія	8 (4,8)	7 (3,8)
Санация, дренивання черевної порожнини	5 (3,0)	7 (3,8)
Консервативна міомектомія	4 (2,4)	6 (3,3)
Усього операцій	166 (100)	180 (100)

Була застосована *доопераційна стратегія*, а саме:

1. Під час передопераційного огляду хворі були інформовані лікуючим лікарем про переваги малоінвазивних, лапароскопічних методів хірургічного лікування, варіанти перебігу післяопераційного періоду, необхідність ранньої активізації. Після інформування хворі вибирали вид анестезії.

2. Очисні клізми для підготовки кишечника не використовували. У хворих із закрепамі допускали використання мікроклізм.

3. Призначали пробіотики перед операцією.

4. Напередодні операції хворі харчувались у звичному режимі в домашніх умовах. Допускалося споживання 150–200 мл рідини за 3 год до операції. У цьому випадку шлунковий зонд для евакуації рідини не встановлювали.

5. Не проводили премедикації наркотичними анальгетиками.

*Інтраопераційна стратегія* включала:

1. Застосування наступних видів анестезії – ендотрахеального наркозу (у 132 хворих – 73,3%) з використанням анестетиків короткої дії (пропофол, фентаніл) або спинномозкової анестезії (у 48 хворих – 26,7%) з використанням розчину бупівакаїну гідрохлориду 0,5%.

2. Проведення лапароскопічних операцій за стандартною методикою з трьох троакарних доступів. Місце введення троакара знеболювали розчином бупівакаїну гідрохлориду 0,25%.

3. Інфузійну терапію в режимі нормоволемії з урахуванням можливого дефіциту рідини у хворих з крововтратою та запальним процесом

4. У зимовий час – нормотермію хворих, прикриваючи відкриті частини тіла, інфузією підігрітих розчинів кристалолідів.

5. Видалення дренажу наступної доби після проведення оперативного втручання (вважаємо за доцільне), окрім хворих з гнійно-запальними захворюваннями органів малого таза, коли дренаж використовували для введення антисептиків з лікувальною метою. У цих випадках дренаж видаляли через 2–3 доби.

Також була проведена *післяопераційна стратегія*, а саме:

1. Медикаментозна терапія

– знеболювання здійснювали за допомогою ненаркотичних анальгетиків. Ефективність знеболення оцінюва-

ли за допомогою візуально-аналогової шкали болю (ВАШ). Думаємо, що знеболення можна вважати адекватним тільки тоді, коли рівень больового синдрому не перевищує двох балів. Достатній рівень знеболення досягали введенням кількох різних видів нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) (наприклад декскетопрофену та диклофенаку), комбінацією НПЗП та парацетамолу;

– інфузійну терапію проводили періопераційно, тільки у хворих зі значною крововтратою інфузію продовжували. За відсутності диспепсії дефіцит рідини компенсували ентерально;

– обов'язково застосовували прокінетики (тримебутин, метоклопрамід);

– було призначено антикоагулянти хворим з ризиком тромбоемболічних ускладнень;

– проведено антибіотикопрофілактику (перше введення цефалоспоринов II та III покоління за 20–30 хв до початку операції) з переходом у режим терапії у випадку гнійно-запальної патології органів малого таза.

2. Зразу після операції видаляли назогастральний зонд, катетер із сечового міхура.

3. Через кілька годин після операції хворі під наглядом медичного персоналу вставали з ліжка та рухалися в межах палати.

4. Через 1 год після операції хворі пили воду, через 6 год – споживали рідку їжу, наступної доби пацієнтки споживали їжу в межах дієти № 1, на третю добу їм призначали дієту № 15.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У післяопераційний період жодних ускладнень, безпосередньо пов'язаних з виконанням оперативних втручань, не спостерігали.

У 10 (2,9%) хворих обох груп у перші 6–8 год виник больовий френікус-синдром, який було ліквідовано протягом 24 год введенням спазмолітичних препаратів та НПЗП.

Конверсії відсутні.

Тривалість операцій коливалась від 25 до 65 хв (у середньому 35 хв).

Порівняння результатів операцій у групах дослідження

Критерії порівняння	I група, n=166	II група, n=180
Рівень болювого відчуття за ВАШ, бали	2,7	1,9
Тривалість диспепсії у першу добу після операції, год	16,2	3,5
Самостійне випорожнення, дні	1,8	1,3
Тривалість інфузійної терапії, дні	3,4	1,5
Тривалість антибактеріальної терапії, дні	3,2	1,8
Середня кількість ліжко-днів	4,2	2,9

Усі хворі виписані на амбулаторне лікування у задовільному стані.

Як переконливо свідчать дані, що викладені у табл. 3, інтеграція принципів FTS у схему лікування значно покращує результати лікування оперованих хворих з гострою гінекологічною патологією. У цих хворих були менш виражені болювий та диспепсичний синдроми, вони почували себе комфортно і не потребували подальшого парентерального введення препаратів. Практично вся необхідна медикація була проведена в до- та інтраопераційний період.

### Интеграция принципов Fast track surgery в схему лечения оперированных больных с острой гинекологической патологией

**Ю.П. Вдовиченко Ю.П., Т.Н. Аношина, В.Л. Винарская-Свиридюк, Е.Н. Бойко**

В статье изложены результаты лечения оперированных больных с острой гинекологической патологией после интеграции в схему лечения принципов Fast track surgery (FTS).

**Материалы и методы.** В исследование включены пациентки в возрасте от 17 до 55 лет с острой гинекологической патологией, которые находились на лечении и были оперированы лапароскопически в гинекологическом отделении КГКБ № 6 на базе кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии НМАПО имени П.Л. Шупика в 2013–2015 гг.

Все больные (n=346) были разделены на две группы. В I группе (n=166) больных лечили по общепринятой методике, во II группе была воплощена программа FTS при выполнении 180 лапароскопических операций.

**Результаты.** Доказано, что применение элементов Fast track surgery значительно улучшает результаты лечения оперированных больных с острой гинекологической патологией, позволяет уменьшить уровень болевого ощущения по ВАШ с 2,7 до 1,9 бала, проявления диспепсии, продолжительность проведения инфузионной и антибактериальной терапии с 3,4 и 3,2 сут до 1,5 и 1,8 сут соответственно, что в конечном итоге приводит к уменьшению количества койко-дней с 4,2 до 2,9 сут и позволяет уменьшить стоимость лечения.

**Заключение.** Мультимодальная программа FTS повышает эффективность хирургического лечения больных, обеспечивает комфортное послеоперационное течение, способствует сокращению сроков реабилитации, ранней выписке из стационара и уменьшению затрат на лечение, что имеет, несомненно, прямой экономический эффект и значительно повышает престиж врача и медицинского учреждения.

**Ключевые слова:** острая гинекологическая патология, лапароскопия, периоперационная терапия.

### ВИСНОВКИ

Запропонований алгоритм лікування є одним з можливих шляхів реалізації концепції fast track-хірургії при гінекологічних операціях.

Мультимодальна програма FTS підвищує ефективність хірургічного лікування хворих, забезпечує комфортний післяопераційний перебіг, сприяє скороченню термінів реабілітації, ранній виписці зі стаціонару та зменшенню витрат на лікування, що дає, безсумнівно, прямий економічний ефект і значно підвищує престиж лікаря та медичної установи.

### Integrating Fast track surgery in the treatment scheme operated patients with acute gynecological pathology

**Y.P. Vdovichenko, T.N. Anoshina, V.L. Vinarska-Svyrydiuk, E.N. Boyko**

The article presents the results of treatment of operated patients with acute gynecological pathology after integration of the principles regimen fast track surgery.

**Patients and methods.** The study included patients from 17 to 55 years with acute gynecological pathology who were treated with surgery and laparoscopic gynecology department in KMKL №6 at the Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology named of P.L. Shupyka. NMAPE in 2013-2015.

All patients (n = 346) were divided into 2 groups. The first group (n = 166) of patients was treated by the traditional method, the second group (n=180) was introduced with FTS program, performing laparoscopic surgery.

**Results.** It is proved that the using elements of fast track surgery improves outcomes of patients with acute gynecological pathology. It also allows to reduce the feeling of pain on VAS from 2,7 to 1,9, the length of dyspepsia, duration of antibiotic therapy and infusion of 3,4 and 3,2 days to 1,5 and 1,8 days. All this things lead to a reduction in bed days from 4,2 days to 2,9 and can reduce the cost of treatment.

**Conclusion.** Multimodal FTS program increases the efficiency of the surgical treatment of patients, provides a comfortable postoperative course, contributes to reduce the period of rehabilitation, early hospital discharge and reduce treatment costs, that is of course, the direct economic effect and significantly increases the prestige of the doctor and the medical establishment.

**Key words:** acute gynecological pathology, laparoscopy, perioperative therapy.

### Сведения об авторах

**Вдовиченко Юрий Петрович** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

**Аношина Татьяна Николаевна** – Киевская городская клиническая больница № 6, 03065, г. Киев, пр. Космонавта Комарова, 3

**Винарская-Свиридюк Виктория Леонидовна** – Киевская городская клиническая больница № 6, 03065, г. Киев, пр. Космонавта Комарова, 3; тел.: (050) 356-45-66

**Бойко Елена Николаевна** – Киевская городская клиническая больница № 6, 03065, г. Киев, пр. Космонавта Комарова, 3.

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Адамьян Л.В., Кулаков В.И., Мынбаев О.А. Оперативная гинекология – хирургические энергии: Руководство. – М: Медицина-Антидор, 2000; 862.
2. Венцківський Б.М., Жегулович В.Г., Семенюк Л.Н. Лапароскопічне лікування гострих запальних процесів придатків матки і пельвіоперитонітів із застосуванням озонотерапії// Одес. мед. журнал. – 2001. – № 2 (64). – С. 29–31.
3. Лапароскопия в гинекологии/ Под ред. Г.М. Савельевой. – М: ГЭОТАР Медицина, 2000.
4. Щепотин И.Б. Результаты использования мультимодальной программы «fast track surgery» у больных раком толстой кишки / И.Б. Щепотин// Онкология. – 2010. – Т. 12, № 2. – С. 44. – 67.
5. Carter J., Philp Sh., Arora V. Early discharge after major gynaecological surgery: advantages of fast track surgery // Open J. Obstet. Gynec. – 2011. – Vol. 1. – P. 1–5.
6. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation/ Kehlet H. // Br J Anaesth. – 1997. – № 78. – P. 606–617.
7. Kehlet H. Evidence-Based Surgical Care and the Evolution of Fast-Track Surgery / H. Kehlet, D.W. Wilmore // Annals of Surgery. – 2008. – Vol. 248, № 2. – P. 189–198.
8. Wodlin N.B., Nilsson L., Kjolhede P. Health-related quality of life and postoperative recovery in fast track hysterectomy // Acta Obstet. Gynec. Scand. – 2011. – Vol. 90, N 4. – P. 362–368.

*Статья поступила в редакцию 04.04.2016*

**Н О В О С Т И   М Е Д И Ц И Н Ы**

**ВРАЧИ: ОБЩИЙ НАРКОЗ НЕ ВРЕДИТ МЛАДЕНЦАМ**

В ходе научной работы, проведенной сотрудниками медицинского центра при Колумбийском университете, выяснилось, что однократный общий наркоз не наносит вреда когнитивной системе детей в возрасте до трех лет.

Результаты новых исследований опровергают ранее полученные сведения, согласно которым анестезия в младенческом возрасте негативно сказывается на памяти, внимании и способности к обучению. Полный текст научной работы опубликован в Journal of the American Medical Association.

"Потенциальная нейротоксичность анестетиков - одна из наиболее обсуждаемых проблем в педиатрии. Сегодня мы можем обнадежить миллионы родителей во всем мире, чьим детям предстоит хирургическое вмешательство под общим наркозом", - прокомментировал результаты научной работы Гоуха Ли, профессор Колумбийского университета.

В исследовании принимали участие 105 детей в возрасте от 8 до 15 лет, которым были сделаны операции в раннем детстве. Уровень их IQ, а также память, скорость реакции

и внимание сравнивали с показателями сверстников, не испытавших хирургического вмешательства. Ученые не заметили существенной разницы между данными.

Исследователи планируют и дальше продолжать исследования в этой области, в частности выяснить, как анестезия в младенчестве влияет на девочек, так как в текущей работе большую часть обследуемых составили мальчики. Кроме того, необходимо определить, как наркоз влияет на детей с имеющимися врожденными заболеваниями.

<http://www.gazeta.ru>