

СТРАТЕГИЯ FAST TRACK ПРИ ПЛАНОВОМ КЕСАРЕВОМ СЕЧЕНИИ

Е.Н. Зарубина*, Е.В. Климовская, С.В. Пономарева, Ю.Н. Туденева, А.Н. Теплякова, Е.В. Яковлева
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Москва

THE FAST TRACK STRATEGY IN ELECTIVE CAESAREAN SECTION

E.N. Zarubina*, E.V. Klimovskaya, S.V. Ponomareva, Yu.N. Tudeneva, A.N. Teplyakova, E.V. Yakovleva
Central State Medical Academy of Department of President Affairs, Moscow, Russian Federation

* E-mail: zarubinaelena1@gmail.com

Аннотация

Количество кесаревых сечений в мире возросло и не имеет тенденции к снижению. Практически каждые третьи роды проходят абдоминально, и шансов на существенное изменение этого показателя немного. Хирургический метод может сопровождаться осложнениями, и одной из основных клинических задач является их предупреждение. Комплексом мер, позволяющим существенно уменьшить частоту осложнений благодаря применению современных технологий, является методика fast track. Эта методика включает в себя меры на всех этапах периоперационной подготовки, что способствует эффективному проведению хирургического вмешательства, предотвращению операционных осложнений, быстрому восстановлению пациентки в послеоперационном периоде, своевременному налаживанию лактации с грудным вскармливанием и дает женщине ощущение полного материнского благополучия, не отличающегося от нормальных самопроизвольных родов.

Ключевые слова: кесарево сечение, абдоминальные роды, fast track, послеродовой период.

Abstract

Currently, the number of caesarean sections is increasing in the world, and there is no any trend to its decrease. In fact, almost every third delivery is abdominal, and there is not much chance to significantly decrease this rate. Any surgical intervention may have complications, and one of the basic tasks in surgery is their prevention. The fast-track strategy can significantly reduce the incidence of complications because of modern technologies used in this strategy. This technique consists of specific measures applied at all stages of perioperative preparation. That is why it contributes to successful surgical intervention, prevents surgical complications and accelerates recovery in the postoperative period. It also promotes timely lactation with breastfeeding and gives to a woman a feeling of maternal well-being, similar to normal spontaneous childbirth.

Key words: caesarean section, abdominal delivery, fast track, postpartum period.

Ссылка для цитирования: Зарубина Е.Н., Климовская Е.В., Пономарева С.В., Туденева Ю.Н., Теплякова А.Н., Яковлева Е.В. *Стратегия fast track при плановом кесаревом сечении. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2023; 3: 82–84.*

В своем развитии кесарево сечение прошло множество этапов, на каждом из которых совершенствовалась его техника. В древности эта операция проводилась только на умершей женщине, так как погребение ее с погибшим плодом было недопустимо. В 1521 г. Руссо (Франция) обосновал производство этой операции на живой роженице. Однако до конца XIX века методика операции была смертельной практически для всех женщин. Причина состояла в том, что врачи не накладывали швов на матку, надеясь на ее естественное сокращение, что вызывало массивное кровотечение и сепсис.

За последние годы количество кесаревых сечений во всем мире возросло в 1,5–2 раза и не имеет тенденции к снижению. В Европе частота их составляет 25%, в США – 30%, в Южной Америке – 40%, в Бразилии – 80%, в России – 20–25%, а в перинатальных центрах РФ – 30–40% [1, 2].

Рост частоты кесаревых сечений обусловлен социальными реалиями, возрастом и здоровьем женщин [3]. Таким образом, почти каждые третьи роды проходят абдоминально, а шансов на существенное снижение показателя

числа кесаревых сечений не так уж много, и необходимо рассматривать эту проблему, усовершенствуя все моменты предстоящей операции [4–6].

По нашим наблюдениям, за 2020 г. доля кесаревых сечений составила 39%, почти половина из них были плановые и в большинстве повторными, в том числе третьими, четвертыми, пятыми. Применение методики fast track и особенности наложения шва позволило существенно снизить количество осложнений, сократить время нахождения пациенток в стационаре и вызвать у них желание вернуться в этот роддом для повторных родов.

Fast track – это хирургия быстрого пути по методике системной подготовки, проведения оперативного вмешательства и мер послеоперационной реабилитации. Ее автором считается датский анестезиолог Н. Kehlet, который еще в 90-х гг. XX века описал систему мер, направленных на снижение стрессовой реакции организма на хирургическую травму [7].



Рис. 1. Извлечение плода с моделированием естественного рождения

Понятие “fast track” при кесаревом сечении охватывает все фазы периоперационного периода: дооперационный, интраоперационный и послеоперационный. На первом этапе при предоперационной подготовке важной составной частью является беседа врача акушера-гинеколога и анестезиолога с пациенткой, объяснение тех событий, которые будут с ней происходить, с целью достижения полного контакта, доверия к медперсоналу и комфортного состояния женщины. Накануне операции проводится лабораторно-инструментальное обследование вен нижних конечностей с использованием цветового дуплексного сканирования.

Важным этапом оперативного вмешательства является обезболивание [8]. На сегодняшний день это, бесспорно, метод регионарной анестезии с применением средств, уменьшающих нежелательные побочные эффекты во время операции: однократная антибиотикопрофилактика, противорвотные, гемостатические и утеротонические препараты [9]. Непосредственно перед операцией осуществляются эластическая компрессия нижних конечностей и катетеризация мочевого пузыря.

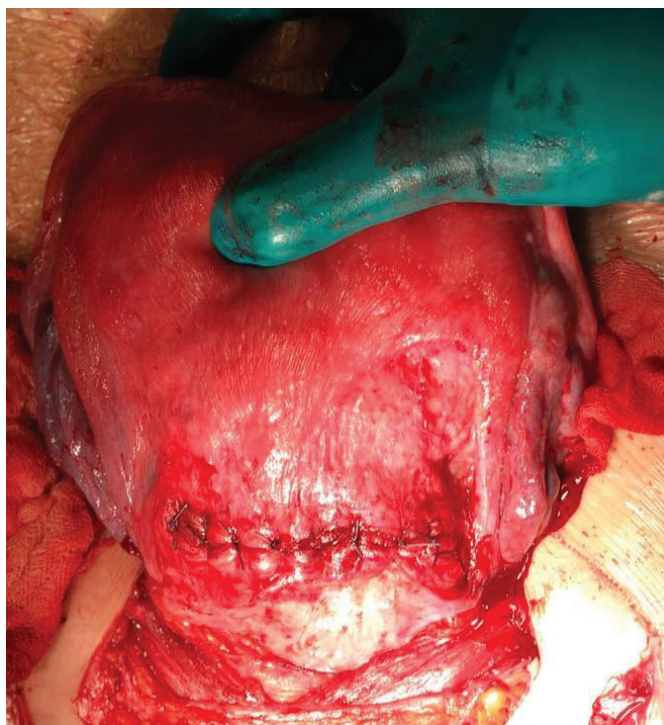


Рис. 2. Восстановление тканей матки отдельными однорядными швами

Несмотря на кажущуюся техническую простоту, кесарево сечение относится к разряду сложных хирургических вмешательств с высокой степенью осложнений во время операции и в послеоперационном периоде. Более благоприятные условия для формирования рубца на матке наблюдаются при разрезе ее в нижнем сегменте [10–12]. После разреза на матке и разведения краев раны очень медленно и осторожно извлекается плод с моделированием естественного рождения (рис. 1). На операционном столе осуществляется и первое прикладывание новорожденного к груди матери [13].

Следует учитывать, что все ткани организма женщины во время беременности имеют свои особенности – благодаря гидрофильности сразу после завершения родов или операции происходит их сокращение. Поэтому существенное значение имеет техника наложения швов на матке: правильное сопоставление краев раны – одно из условий профилактики осложнений, прочности рубца. Большое количество наложенного шовного материала способствует замедлению процесса регенерации тканей и предрасполагает к развитию инфекции и воспалительных осложнений в малом тазу [14].

По нашим наблюдениям, восстановление тканей матки отдельными однорядными швами с применением современных шовных материалов имеет преимущество перед другими вариантами закрытия операционной раны (рис. 2).

Применение системы для аутогемотрансфузии Cell Saver позволяет значительно уменьшить кровопотерю во время операции. А аргонплазменная коагуляция сосудов, являющаяся малоинвазивным, бесконтактным методом хирургической электрокоагуляции, обладает еще и бактерицидным эффектом, благодаря чему улучшается регенерация тканей и происходит их быстрое заживление [15].

Следует подчеркнуть, что послеоперационный период после кесарева сечения сочетается с послеродовым, имеющим огромное значение для последующего здоровья матери

и ребенка. Помимо заживления послеоперационной раны происходит заживление плацентарной площадки в матке. Сама матка подвергается обратному развитию, сокращаясь до первоначальных размеров в течение шести – восьми недель. В то же время наблюдаются изменения в молочных железах и в них начинает вырабатываться молоко, являющееся основой для последующего здоровья и развития ребенка.

В палате интенсивной терапии проводят адекватное мультимодальное обезболивание, минимальную инфузионную терапию с ранним приемом пищи. Температуру тела женщины поддерживают с помощью термоодеяла. Активизация осуществляется через четыре – шесть часов. Антибиотикотерапию назначают только по строгим показаниям вследствие роста антибиотикорезистентности современных микроорганизмов. Благодаря этому ранний перевод в палату совместного пребывания существенно сокращает время разлучения мамы с новорожденным, способствует сохранению и оптимизации грудного вскармливания, скорейшему обучению мамы принципам заботы о малыше и ее быстрой реабилитации.

В послеродовом периоде проводятся в полном объеме физиотерапевтические процедуры, ультразвуковое исследование органов малого таза, лечебная физкультура.

Индивидуальная школа материнства, проводимая неонатологом и акушером-гинекологом в день выписки (на четвертые – пятые сутки), способствует более уверенному поведению женщины дома в этот трудный восстановительный период.

Заключение

Представленный алгоритм ведения пациенток при плановом кесаревом сечении способствует их быстрому восстановлению в послеоперационном периоде, своевременному налаживанию лактации с длительным грудным вскармливанием и дает женщине ощущение полного материнского благополучия, не отличающегося от нормальных самопроизвольных родов.

Литература

1. Кесарево сечение в современном акушерстве. Письмо Министерства здравоохранения РФ №. 15-4/10/2-613905 от 24.06.2011 [Caesarean section in modern obstetrics. Letter from the Ministry of Health of the Russian Federation no. 15-4/10/2-613905 dated 06/24/2011. In Russian].
2. Drensang L.T. et al. Cesarean delivery // *Prim Care*. – 2012. – V. 39. – №. 1. – P. 145–166.
3. Жаркин Н.А. и др. Кесарево сечение: медицинские, социальные и морально-этические проблемы // *Российский вестник акушера-гинеколога*. – 2019. – Т. 19. – №. 4. – С. 5–10. [Zharkin N.A. et al. Cesarean section: medical, social, moral and ethical problems // *Russian Bulletin of the obstetrician-gynecologist*. – 2019. – V. 19. – №. 4. – P. 5–10. In Russian].
4. Серов В.Н. и др. Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода: клинические рекомендации (протокол). – М. – 2014. [Sеров V.N. et al. Cesarean section. Indications, methods of anesthesia, surgical technique, antibiotic prophylaxis, management of the postoperative period: clinical guidelines (protocol). – Moscow. – 2014. In Russian].

5. Шмаков Р.Г. и др. Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения: клинические рекомендации. – 2021. [Shmakov R.G. et al. Singleton births, delivery by caesarean section: clinical guidelines. – 2021. In Russian].
6. Akintayo A.A. et al. Cesarean section on maternal request: the viewpoint of expectant women // *Arch Gynecol Obstet*. – 2014. – V. 289. – P. 781–785.
7. White P.F. et al. The role of the anesthesiologist in fast-track surgery: from multimodal analgesia to perioperative medical care // *Anesth Analg*. – 2007. – V. 104. – №. 6. – P. 1380–1396. DOI: 10.1213/01.ane.0000263034.96885.e1.
8. Куликов А.В. и др. Анестезия в акушерстве. Проект клинических рекомендаций. – Екатеринбург. – 2013. – С. 33. [Kulikov A.V. et al. Anesthesia in obstetrics. Draft clinical guidelines. – Ekaterinburg. – 2013. – P. 33. In Russian].
9. Балушкина А.А. и др. Целесообразность антибиотикопрофилактики при операции кесарева сечения у беременных с низким инфекционным риском // *Акушерство и гинекология*. – 2012. – №. 6. – С. 52–57. [Balushkina A.A. et al. Expediency of antibiotic prophylaxis during caesarean section in pregnant women with low infectious risk // *Obstetrics and Gynecology*. – 2012. – №. 6. – P. 52–57. In Russian].
10. Баев О.Р. и др. Современные техники операции кесарева сечения в доказательной медицине (клиническая лекция) // *Акушерство и гинекология*. – 2013. – №. 2. – С. 129–138. [Baev O.R. et al. Modern techniques of caesarean section in evidence-based medicine (clinical lecture) // *Obstetrics and Gynecology*. – 2013. – №. 2. – P. 129–138. In Russian].
11. Ищенко А.И. и др. Несостоятельность рубца на матке после кесарева сечения. Выбор метода хирургического вмешательства // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2018. – Т. 17. – №. 4. – С. 51–59. [Ishchenko A.I. et al. Uterine scar failure after caesarean section. The choice of the method of surgical intervention // *Issues of gynecology, obstetrics and perinatology*. – 2018. – T. 17. – №. 4. – P. 51–59. In Russian].
12. Zhang J. et al. Contemporary cesarean delivery practice in the United States // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2010. – V. 203. – №. 4. – P. 326. e1–326.
13. Ananth C.V. et al. Trends in cesarean delivery at preterm gestation and association with perinatal mortality // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2011. – V. 204. – №. 6. – P. 505. e1–505. e8.
14. Лисицына О.И. и др. «Ниши» рубца на матке после кесарева сечения: диагностика, лечение и исходы // *Акушерство и гинекология*. – 2019. – Т. 9. – С. 24–31. [Lisitsyna O.I. et al. "Niches" of the scar on the uterus after caesarean section: diagnosis, treatment and outcomes // *Obstetrics and Gynecology*. – 2019. – T. 9. – S. 24–31. In Russian].
15. Радзинский В.Е. и др. Радиоволна и аргонная плазма в практике акушера-гинеколога. – М.: StatusPraesens profmedia, 2016. – 214 с. [Radzinsky V.E. Radio wave and argon plasma in the practice of an obstetrician-gynecologist. – M.: StatusPraesens profmedia, 2016. – 214 p. In Russian].