

О.Л. ГЛАЗКОВА, Р.Э. КУЗНЕЦОВ, О.Ю. ИГНАТЧЕНКО, Т.Н. ПОЛЕТОВА

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Под редакцией
профессора Н.М. Подзолковой



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

СОДЕРЖАНИЕ

Авторы.....	5
Список сокращений и условных обозначений.....	6
Предисловие.....	7
1. Общая характеристика оперативных вмешательств в гинекологии.....	8
2. Обследование перед гинекологической операцией.....	10
3. Информированное согласие пациентки.....	12
4. Некоторые современные концепции ведения пациенток в периоперационном периоде (<i>Коренная В.В., Макеев Д.Ю.</i>).....	15
5. Особенности подготовки к операции пациенток с миомой матки и аденомиозом (<i>соавт. Коренная В.В., Макеев Д.Ю.</i>).....	32
6. Подготовка половых путей перед оперативным лечением.....	37
7. Подготовка кожных покровов в месте операции.....	42
8. Подготовка органов желудочно-кишечного тракта (<i>соавт. Москаленко Р.В.</i>).....	44
9. Антибиотикопрофилактика (<i>соавт. Москаленко Р.В., Макеев Д.Ю.</i>).....	51
10. Профилактика тромбоземболических осложнений (<i>соавт. Макеев Д.Ю., Москаленко Р.В.</i>).....	60
11. Премедикация.....	72
12. Общие вопросы ведения больных в послеоперационном периоде (<i>соавт. Макеев Д.Ю.</i>).....	73

13. Синдром послеоперационной тошноты и рвоты.....	92
14. Возможности физиотерапии в послеоперационном периоде.....	97
15. Инструментальный и лабораторный контроль перед выпиской пациентки.....	99
16. Особенности периоперационного ведения больных с некоторыми наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями и состояниями.....	101
17. Пациентки пожилого и старческого возраста (соавт. Москаленко Р.В.).....	159
Список литературы.....	162
Предметный указатель.....	190

АВТОРЫ

Подзолкова Наталия Михайловна — д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» («РМАНПО») Минздрава России

Глазкова Ольга Леонидовна — канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России

Полетова Татьяна Николаевна — канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России

Коренная Вера Вячеславовна — канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России

Кузнецов Роман Эдуардович — д-р мед. наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, заведующий 23-м отделением гинекологии ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина» ДЗМ

Игнатченко Ольга Юрьевна — заведующая 22-м отделением гинекологии ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина» ДЗМ

Макеев Дмитрий Юрьевич — заведующий консультативным отделением № 1 консультативно-диагностического центра ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина» ДЗМ

Москаленко Роман Владимирович — врач акушер-гинеколог 22-го отделения гинекологии ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П. Боткина» ДЗМ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- ♣ — торговое наименование лекарственного средства и/или фармацевтическая субстанция
- ∅ — лекарственное средство не зарегистрировано в Российской Федерации
- ⊗ — лекарственное средство аннулировано в Российской Федерации
- ВТЭО — венозное тромбоэмболическое осложнение
- ИБС — ишемическая болезнь сердца
- МНО — международное нормализованное отношение
- НМГ — низкомолекулярный гепарин
- НПВС — нестероидное противовоспалительное средство
- НФГ — нефракционированный гепарин
- ОХЛ — однодневное хирургическое лечение
- СД — сахарный диабет
- СТР — синдром тошноты и рвоты
- ТЭЛА — тромбоэмболия легочной артерии
- ХСН — хроническая сердечная недостаточность

ПРЕДИСЛОВИЕ

Ни у кого не вызывает сомнений, что не только сама операция важна для выздоровления пациента, необходимо также правильно вести его в пред- и послеоперационном периодах: слишком часто неудачи являются следствием недооценки этих этапов работы.

Периооперационный период в настоящее время является объектом пристального научного внимания и дискуссий. Опыт показывает, что новшества в ведении больных до и после операции приживаются едва ли не труднее, чем самые смелые нововведения в технике операций.

В последнее время разрабатываются концепции однодневного хирургического лечения, FAST TRACK, ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), продолжается разработка проблем рациональной антибиотикопрофилактики, профилактики тромбоэмболических осложнений, послеоперационного обезболивания и пр.

Различные по сложности гинекологические оперативные вмешательства выполняют амбулаторно (в поликлинике), в стационаре одного дня (син.: стационар кратковременного пребывания) а также в круглосуточном стационаре, то есть в традиционных больничных условиях.

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ГИНЕКОЛОГИИ

В гинекологической клинике операции выполняют в условиях малой или большой операционной. В малой операционной производят небольшие по объему операции, не требующие обезболивания (офисную гистероскопию) или требующие местного либо внутривенного обезболивания, например раздельное выскабливание матки, гистероскопию, гистерорезектоскопию, конизацию шейки матки, вскрытие и дренирование абсцесса бартолиновой железы, биопсию вульвы и пр.

В условиях большой операционной выполняют операции путем лапаротомии, лапароскопии, вагинальным или комбинированным (лапароскопия + вагинальный) доступами. В последнее время во все большем числе больниц внедряют роботические операции.

Выделяют экстренные, срочные и плановые операции.

- **Экстренные** — это операции, выполняемые по жизненным показаниям сразу после установления диагноза и определения показаний к таким вмешательствам. Экстренные операции выполняются в любое время суток. Особенностью этих операций является то, что существующая угроза жизни не предоставляет возможности и не оставляет времени полноценно обследовать и подготовить больную к оперативному вмешательству. Риск этого вида операций всегда выше, чем плановых.
- **Срочные** — это операции, выполняемые в ближайшие часы или дни от момента поступления в клинику и выявления показаний к оперативному вмешательству. Поскольку непосредственной

угрозы жизни нет, появляется некоторое время для более полноценного обследования пациентки и подготовки к вмешательству. Соответственно, риск срочных операций существенно ниже, чем экстренных.

- **Плановые** — это оперативные вмешательства, выполняемые по поводу хронических, медленно прогрессирующих заболеваний после полноценных обследования и подготовки в наиболее благоприятное время (например, в гинекологии при многих заболеваниях операция планируется на определенную фазу менструального цикла).

2. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕД ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ

Необходимый стандартный минимум обследования перед плановой операцией, учитывающий также требования анестезиологов, перечислен ниже:

- анализ крови на ВИЧ-инфекцию, сифилис, гепатиты В и С;
- анализ крови на групповую, резус-принадлежность, Kell-антиген;
- анализ крови общий клинический;
- анализ крови биохимический;
- анализ крови на электролиты и кислотно-щелочной состав;
- анализ мочи общий;
- коагулограмма;
- рентгенография легких (флюорография);
- электрокардиография;
- консультация терапевта (врача общей практики) с заключением о возможности проведения анестезиологического пособия и операции, рекомендациями;
- мазки на флору и степень чистоты (слизи из канала шейки матки, влагалищной жидкости из заднего свода влагалища, отделяемого из уретры и канала прямой кишки);
- расширенная кольпоскопия для случаев биопсии и конизации шейки матки;
- мазки из эндо- и экзоцервикса для цитологического исследования;
- ультразвуковое исследование органов малого таза;
- аспират из полости матки для цитологического исследования необходим, если планируется органосохраняющая операция на матке или любая операция в группе риска развития патологии

эндометрия, а также у женщин старше 35 лет (не требуется, если не позднее чем за 3 мес до операции было выполнено раздельное диагностическое выскабливание).

Обследование перед плановой операцией проводится амбулаторно. Это продиктовано не только экономической целесообразностью, но также необходимостью минимизации пребывания пациентки в стационаре до операции с целью уменьшения контаминации больничной флорой. При наличии показаний в план обследования включают инструментальные, лабораторные исследования и консультации специалистов, необходимость в которых продиктована сопутствующей патологией. Например, при варикозной болезни вен нижних конечностей необходима ультразвуковая доплерография сосудов, при обструктивных заболеваниях легких следует изучить функцию внешнего дыхания, кардиологическая патология диктует необходимость эхокардиографии и пр. Желательно выполнение ультразвукового исследования молочных желез или маммографии у женщин старше 35 лет.

Отдельное внимание при подготовке к плановой операции следует уделять выявлению и санации очагов хронической инфекции — глубокого кариеса, хронического тонзиллита, поражений кожи и пр.

Перед операцией необходимо провести лечение, направленное на максимальную компенсацию любого имеющегося у пациентки хронического заболевания.

В случае экстренной или срочной операции объем обследования и предоперационной подготовки вынужденно сокращают.

3. ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТКИ

Получение информированного согласия больной является обязательным этапом предоперационной подготовки (рис. 1). В большинстве клиник для юридического оформления информированного согласия используют разработанную с участием юриста больницы стандартную форму.

Информированное согласие на операцию	Информированное согласие на анестезию	Дополнительно Информированное согласие на <ul style="list-style-type: none">• переливание компонентов крови;• другие необходимые действия и вмешательства	Согласие на обработку персональных данных
--------------------------------------	---------------------------------------	--	---

Рис. 1. Составляющие информированного согласия

В любом случае врачу акушеру-гинекологу с больной необходимо обсудить:

- показания к операции;
- альтернативу оперативному лечению, если таковая имеется (например, во многих ситуациях альтернативой удалению матки при миоме является эмболизация маточных артерий);
- причину выбора именно данного метода лечения, данного доступа — чревосечения, лапароскопии, влагалищного, комбинированного доступа — их преимущества, недостатки, а также особенности послеоперационного периода, являющиеся следствием выбранного доступа и объема операции;
- объем операции, причем необходимо убедиться, что пациентка правильно понимает смысл

используемых терминов; так, полезно на специальной схеме показать, какие органы или части органов планируется удалить;

- последствия планируемой операции для состояния здоровья в целом, фертильности, сохранения менструальной функции, половой жизни;
- потребность в медикаментозном или каком-либо другом лечении после операции (например, заместительной гормональной терапии после овариэктомии);
- предполагаемое ограничение функциональных возможностей после операции; так, например, после выполнения большинства операций, направленных на укрепление тазового дна, нормируются физические нагрузки;
- возможные осложнения;
- вероятность рецидива или прогрессирования заболевания, по поводу которого планируется выполнить операцию;
- применение электрохирургических, лазерных технологий и пр. во время планируемой операции, их специфические осложнения;
- вероятность расширения объема операции (например, при технической невозможности выполнить консервативную миомэктомию объем операции может быть расширен до гистерэктомии, при обнаружении вовлечения стенки кишки в опухолевый инфильтрат бывает необходимо наложение колостомы и пр.);
- возможность завершения операции путем чревосечения при наличии технических трудностей или возникновении осложнений у пациенток, у которых операция была начата лапароскопическим либо влагалищным доступом.

Врач анестезиолог-реаниматолог при получении информированного согласия на анестезиологическое пособие обсуждает с пациенткой возможные

его варианты, объясняет ей причины предпочтения выбранного метода, сообщает о возможных негативных последствиях для состояния здоровья.

Во многих случаях перед операцией целесообразно взять у пациентки информированное согласие на переливание компонентов крови.

Врачи акушер-гинеколог и анестезиолог-реаниматолог несут ответственность за то, чтобы пациентка получила всю необходимую ей для принятия решения информацию. В случае недееспособности или крайне тяжелого состояния больной согласие на операцию и анестезиологическое пособие должны дать ее ближайшие родственники либо опекуны. При невозможности получить согласие родственников (опекунов) недееспособной больной с экстренными показаниями к операции решение об оперативном лечении принимается *ex consilio*.

4. НЕКОТОРЫЕ СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

4.1. ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О КОНЦЕПЦИИ ОДНОДНЕВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Концепция однодневного хирургического лечения (ОХЛ) имеет долгую историю. В 1909 г. хирург Дж. Николь, работавший в детской клинике в Глазго, сообщил о 9 тыс. детей с неосложненными грыжами и заячьей губой, прошедших оперативное лечение в течение 1 дня (что было почти революционным подходом). Автор среди прочего подчеркивал значение условий, приближенных к домашним, в успехе лечения детей. В 1919 г. Р. Уотерс — анестезиолог из штата Айова сообщил о «центре клинической анестезиологии», где взрослым больным выполняли небольшие по объему операции, выписывая их затем домой через несколько часов (Paterson-Brown S., ed., 2010).

Особенно бурно концепция ОХЛ начала развиваться после Второй мировой войны, когда стало очевидно, что длительный постельный режим связан с высокой частотой некоторых послеоперационных осложнений, особенно тромбоза глубоких вен и пневмонии. Больных начали все быстрее активизировать, следствием чего стала ускоренная выписка пациентов. Кроме этого, стало понятно, что лишь минимально необходимое, очень кратковременное пребывание пациента в клинике до операции способно в некоторой степени застраховать его от контаминации больничной флорой и уменьшить частоту гнойно-септических осложнений. Хорошие результаты лечения при внедрении новых подходов вкупе с впечатляющей

экономической эффективностью привели к тому, что стало увеличиваться число пациентов, пребывание которых в стационаре стало весьма кратковременным и стремиться к одним суткам.

К концу XX в. стратегия ОХЛ была внедрена во многих странах. Она поддерживается страховыми компаниями в связи с высокой экономической эффективностью. Повсеместно образовались ассоциации профессионалов, занятых в отделениях ОХЛ (например, British Association of Day Surgery). В отечественной практике концепции ОХЛ более всего соответствует так называемый стационар одного дня, или стационар кратковременного пребывания.

Концепция предполагает госпитализацию для операции и выписку в течение 1 сут. Основным при этом является **отбор пациентов**, которые могут быть оперированы в однодневном хирургическом стационаре, с одной стороны, и **разработка перечня оперативных вмешательств**, рекомендованных для внедрения в таких стационарах, с другой стороны (в перечень не входят небольшие операции, выполняемые в амбулаторных условиях, и очень сложные, выполняемые в традиционном стационаре).

Факторы, влияющие на отбор пациентов, включают возраст, социально-экономические условия, общее состояние, в том числе наличие дефицита массы тела, ожирения и хронических заболеваний.

При корректном отборе для ОХЛ **социальные факторы** учитываются в обязательном порядке. Общепринято, что после ОХЛ пациента отправляют домой в сопровождении взрослого, который должен оставаться с пациентом в течение суток после операции. После операции пациент не должен самостоятельно управлять автомобилем, пользоваться общественным транспортом, подниматься по высоким лестницам. Желательно, чтобы пациенты направлялись в место, расположенное в пределах 1 ч езды до

отделения. Домашние условия должны быть комфортными. Обязательной является возможность телефонных переговоров с медицинским персоналом в течение ближайших суток. Внедрение кратковременного пребывания естественным образом стимулирует развитие амбулаторного звена и патронажа.

Крайне важно, чтобы пациент был способен понимать и выполнять рекомендации врача, а также имел мотивацию для выполнения рекомендаций (например, для ОХЛ не подходят пациенты с некоторыми психическими заболеваниями, сниженным интеллектом).

Сам по себе возраст не является лимитирующим фактором, важнее общее состояние организма, хотя некоторые отделения произвольно устанавливают ограничение в 65 или 70 лет.

Большинство отделений однодневного пребывания не принимают для операции пациентов с выраженным ожирением. Это обусловлено техническими трудностями, возникающими во время операции у пациентов данной группы, а также более длительным выходом таких пациенток из наркоза (из-за поглощения летучих анестетиков жировой клетчаткой) и длительным сохранением риска посленаркозной депрессии дыхания. Впрочем, применение современных препаратов для анестезии нивелирует эту проблему и позволяет отодвинуть верхний безопасный предел индекса массы тела для ОХЛ с ранее общепринятых 30 кг/м² до 35 и даже 37 кг/м².

При отборе для ОХЛ пациентов с учетом состояния их здоровья чаще всего пользуются классификацией, принятой Американским обществом анестезиологов (табл. 1). Пациенты I и II групп подходят для ОХЛ.

Другим важным аспектом в работе отделения ОХЛ является формирование перечня оперативных вмешательств, которые можно безопасно выполнять в подобных условиях. При этом приоритет при формировании списка всегда был за операциями, которые

Таблица 1

**Классификация физического состояния пациентов,
предложенная Американским обществом
анестезиологов (1991)**

I группа	Здоровый пациент моложе 65 лет
II группа	Системная болезнь средней тяжести, обусловленная состоянием, поддающимся хирургическому лечению, или другими заболеваниями без функциональных ограничений, например управляемой артериальной гипертензией, компенсированным сахарным диабетом (СД), умеренной бронхиальной астмой и пр. Пациент старше 65 лет
III группа	Тяжелая системная болезнь с некоторым функциональным ограничением, а также СД с осложнениями, тяжелая бронхиальная астма, инфаркт миокарда более 6 мес назад
IV группа	Тяжелая системная болезнь с постоянной угрозой жизни, а также нестабильная стенокардия, тяжелая сердечная, легочная, почечная, печеночная или эндокринная недостаточность
V группа	Умиравший пациент, который, как ожидают, не переживет суток даже с хирургическим вмешательством

можно выполнить в условиях местной или регионарной анестезии (общая анестезия требует более длительного послеоперационного наблюдения). В первый список операций для ОХЛ, сформированный British Association of Day Surgery в 1990 г., кроме таких операций, как, например, геморроидэктомия, тимпанопластика или секторальная резекция молочной железы, входили только «малые» гинекологические операции, например раздельное выскабливание матки. В настоящее время в условиях ОХЛ считается возможным выполнять как гистероскопию (гистерорезектоскопию) с выскабливанием матки, конизацию шейки матки, так и небольшие по объему лапароскопические операции. Безусловными кандидатами для ОХЛ являются операции из арсенала эстетической

гинекологии (пластика половых губ, введение синтетических нитей и пр.). С другой стороны, такие вмешательства, как, например, гистероскопия, часто стали выполнять в формате офисной гистероскопии в учреждениях амбулаторного звена, то есть количество данных операций в ОХЛ уменьшилось. По мере прогресса хирургии и анестезиологии список операций для ОХЛ может расширяться.

4.2. КОНЦЕПЦИЯ FAST TRACK

Концепции FAST TRACK (быстрого пути) в хирургии, а также ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) или RRSP (Rapid Recovery after Surgery programs), то есть ускоренного восстановления после операции, развиваются во всем мире в течение двух десятилетий. В их основе лежат идеи и исследования Henrik Kehlet, который провел анализ причин и механизмов возникновения осложнений в хирургии и впервые критически оценил казавшиеся незыблемыми традиционные подходы, касающиеся ведения периоперационного периода. Основной идеей этого исследователя было уменьшение стрессовой реакции организма на хирургическую агрессию. При этом автором и его последователями на основе результатов доказательных исследований были модифицированы многие элементы подготовки больного, самой операции и анестезиологического пособия, а также ведения послеоперационного периода (Lassen K., Soop M., Nygren J. et al., 2009; Varadhan K., Neal K. et al., 2010; Kehlet H., 1997).

В основе FAST TRACK хирургии лежит мультидисциплинарный подход, то есть в его реализации задействованы хирург, анестезиолог, средний медицинский персонал. Крайне важны готовность и способность пациента к взаимодействию. Обязательными к исполнению являются как минимум 6–8 компонентов из 18 рекомендованных (табл. 2).

Таблица 2

18 компонентов программы FAST TRACK

1. Информирование пациента.
2. Отказ от использования механической очистки толстой кишки.
3. Отказ от премедикации опиоидами.
4. Назначение пробиотиков перед операцией.
5. Отказ от предоперационного голодания.
6. Назначение пищевых углеводных смесей за 3–4 ч до операции или инфузия раствора декстрозы (Глюкозы[▲]).
7. Использование регионарной анестезии и короткодействующих анальгетиков.
8. Контроль и рестрикция инфузии коллоидных и кристаллоидных растворов до и во время операции.
9. Миниинвазивные оперативные доступы.
10. Предотвращение гипотермии во время и после операции.
11. Назначение высоких концентраций кислорода до операции.
12. Максимальное уменьшение использования опиоидных анальгетиков.
13. Отказ от рутинной установки в брюшную полость дренажей.
14. Раннее удаление мочевого, центрального венозного и эпидурального катетера, дренажей.
15. Назначение прокинетики в послеоперационном периоде.
16. Раннее энтеральное питание после операции.
17. Ранняя активизация.
18. Отказ от необоснованных гемотрансфузий

Идеология FAST TRACK базируется на необходимости уменьшения стрессовой нагрузки на организм, возникающей в результате хирургической травмы и приводящей к обменным и функциональным нарушениям, пролонгирующим лечение (Kehlet H., 1997).

Стресс — неспецифическая приспособительная реакция на внешние раздражители, необходимый элемент жизнедеятельности (Selye H., 1946). У человека при стрессе происходит активация отдельных участков центральной нервной системы, особенно нейронов паравентрикулярного ядра, которые выделяют кортикотропин-релизинг-гормон, активируя систему гипоталамус—гипофиз—кора надпочечников

и симпатoadреналовую систему (рис. 2). У хирургических пациентов стимуляция гипоталамо-гипофизарной системы проявляется увеличением выброса глюкокортикоидов, а стимуляция симпатoadреналовой системы — катехоламинов. Вследствие этих изменений наступают изменения в работе сердечно-сосудистой и дыхательной систем, метаболические нарушения, при которых процессы катаболизма преобладают над анаболизмом. Для снижения выраженности послеоперационных нарушений протоколы FAST TRACK предусматривают изменение подходов на всех этапах лечения.

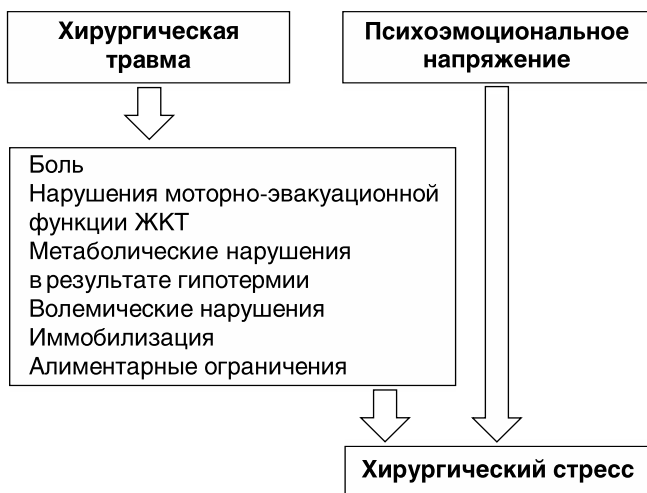


Рис. 2. Стрессовое воздействие операции на пациента

Предоперационный этап. Важнейшее внимание уделяется тщательному консультированию пациентки о сути предстоящего вмешательства и его альтернативах, способах подготовки к операции, прогнозе лечения, принципах FAST TRACK. Важно обсудить особенности течения анестезии, раннего и позднего послеоперационного периодов, возможности

мультимодального обезболивания. Активная вовлеченность пациентки в лечебный процесс, понимание сути выполняемых манипуляций повышают приверженность терапии и способствуют уменьшению психологической напряженности, страха и тревожности.

При подготовке к операции в рамках FAST TRACK рекомендован отказ от рутинного использования механической очистки толстой кишки. Основными причинами для этого является дискомфорт больных, а также транслокация бактерий в кишке и нарушение кишечного биоценоза. От рутинной подготовки кишки отказываются не только гинекологи, но также хирурги, выполняющие операции на органах желудочно-кишечного тракта. Один из обзоров Cochrane свидетельствует о том, что у хирургических пациентов с резекцией кишки несостоятельность анастомозов регистрируется в 4% случаев при проведении предоперационной подготовки кишечника и в 3% — при отказе от нее (Güenaga K.K. et al. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009). Авторы рекомендуют назначение клизм только перед операциями, сопровождающимися наложением низких прямокишечных анастомозов, при значительной протяженности поражения или при наличии сопутствующих факторов риска несостоятельности швов (онкологические заболевания, проведение лучевой терапии и пр.).

В гинекологии, согласно концепции FAST TRACK, рутинное очищение кишечника при помощи клизмы или перорального назначения макрогола (Фортранса[®], Форлакса[®]) целесообразно применять лишь при эндометриоидном поражении толстой кишки или у женщин с распространенными гинекологическими заболеваниями, а также перед трансвагинальной операцией по коррекции генитального пролапса у пожилых женщин.

Среди прочих приемов, рекомендованных на предоперационном этапе, выделяют назначение

пробиотиков, отказ от предоперационного голодания, назначение углеводов смесей за 3–4 ч до операции или инфузию раствора декстрозы (Глюкозы[▲]). С целью профилактики гипогликемии и обезвоживания следует ограничить употребление прозрачных жидкостей за 5–6 ч до операции, но по показаниям проводить инфузию 200 мл 5% раствора декстрозы (Глюкозы[▲]).

Одним из наиболее важных элементов FAST TRACK является уменьшение частоты использования опиоидных препаратов как с целью премедикации, так и с целью аналгезии в связи с тем, что длительное назначение опиатов приводит к увеличению продолжительности послеоперационного пареза кишки и может вызвать послеоперационную динамическую кишечную непроходимость, негативно влияет на работу сердечно-сосудистой системы и ограничивает возможности ранней мобилизации больной (Delaney С.Р., 2009).

В концепции FAST TRACK наряду с практикой отказа от премедикации применяется методика упреждающей аналгезии. В ее основе — проведение обезболивания до возникновения болевого стимула и активации периферических нервных окончаний (рис. 3). Это предупреждает выработку нейротрансмиттеров и блокирует передачу нервных импульсов в центральную нервную систему.

Упреждающее обезболивание повышает эффективность терапии боли в раннем и отдаленном послеоперационном периоде (Dierking G. et al., 2004; Fassoulaki A. et al., 2006; Sen H. et al., 2009). Для проведения локального обезболивания разрезов и точек введения троакаров целесообразно применять раствор местных анестетиков длительного действия, например бупивакаина. При лапароскопических операциях также может выполняться орошение анестетиком поддиафрагмального пространства. В дальнейшем такая

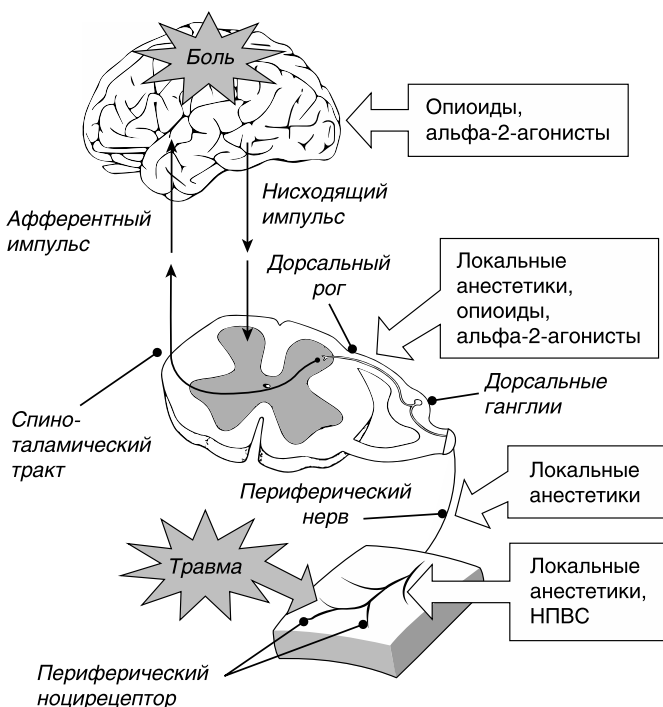


Рис. 3. Механизм действия превентивной анальгезии

аналгезия дополняется интраоперационным введением 1000 мг парацетамола внутривенно. Это не только уменьшает послеоперационную боль, но и уменьшает выраженность френикус-симптома после лапароскопии. Возможно также использование ректального пути введения анестетика: введение по окончании операции в прямую кишку свечи, содержащей 100 или 150 мг диклофенака. Это особенно целесообразно после вагинальных операций в связи с пролапсами, когда достигаются не только противоболевой, но также противовоспалительный и противоотечный эффекты в зоне операции.