



РАННЯЯ АКТИВИЗАЦИЯ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Саенко К.М., Шонтаев К.Т.

АО «Национальный научный медицинский центр», Астана, Казахстан

Абстракт

Болезни системы крови остаются главной причиной смертности и инвалидизации в Казахстане. В этой связи важной задачей медицины является совершенствование кардиологической и кардиохирургической помощи, в частности увеличение количества проводимых операций на сердце. Применяя тактику ранней активизации больных после таких операций имеется возможность увеличить оборот койки, и, как следствие, количество пролеченных пациентов. Также ускорение активизации снижает частоту послеоперационных осложнений, которые могут быть обусловлены гиподинамией, длительной искусственной вентиляцией легких и избыточной послеоперационной фармакотерапией.

Ключевые слова: ранняя активизация, ранняя экстубация, кардиохирургические операции, послеоперационный период, fast track.

Введение

Анестезиологореаниматологическую тактику, обеспечивающую максимально быстрое прекращение искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и экстубацию трахеи после операций с искусственным кровообращением (ИК), за рубежом рассматривают как основной лечебный компонент так называемой «быстрой кардиохирургии» («fast track cardiac surgery»), обеспечивающей, прежде всего, укорочение госпитализации больных, интенсификацию лечебного процесса и удешевление лечения [1-6]. В отечественной литературе такой методический подход принято обозначать как раннюю активизацию (РА), имея в виду, что прекращение ИВЛ и экстубация трахеи являются ключевым моментом послеоперационного восстановления физической активности больных [7-8]. РА стала предметом максимально оживленной научно клинической дискуссии на протяжении последних 10 лет [3,6,9], когда в англоязычной специальной литературе были опубликованы результаты обширных доказательных исследований, в том числе аналитических обзоров, метаанализов и пр [2,4,5,10-12]. Благодаря этому создалось впечатление, что РА в кардиохирургии является новейшим методическим подходом, противопоставляемым традиционной тактике продленной ИВЛ.

Под термином «ранняя активизация» в настоящее время понимают анестезиологореаниматологическую тактику, направленную на максимально быструю коррекцию всех гомеостатических сдвигов после ИК, быстрое восстановление после операции сознания и самостоятельного дыхания, сокращение сроков госпитализации в ОРИТ и ускорение послеоперационной реабилитации. Естественно, что обязательным компонентом РА является такой вариант анестезиологического пособия, который не потребует продолжения ИВЛ после операции в связи с постмедикацией. Вместе с тем, не нуждается в доказательствах, что возможность раннего прекращения ИВЛ после операций с ИК зависит не только от особенностей анестезиологического пособия. Корректнее говорить об общей анестезии, ориентированной на РА. За рубежом в настоящее время определилась концепция хирургического

лечения, предусматривающая максимально быстрое прохождение больным этапов от предоперационной подготовки до операции и выписки из стационара и позволяющая снизить затраты на лечение в результате укорочения госпитализации в кардиохирургическом стационаре [1,3]. Важнейшими обязательными компонентами этого методического подхода являются: 1 — короткая дооперационная подготовка или поступление пациента в стационар накануне или в день операции; 2 — использование для анестезии гипнотиков короткого действия или ингаляционных анестетиков, низких доз опиоидов или препаратов ультракороткого действия; 3 — быстрое прекращение послеоперационной ИВЛ и экстубация трахеи; 4 — адекватное послеоперационное обезболивание без чрезмерных доз наркотиков или альтернативные методы анальгезии; 5 — ускоренная реабилитация — ранняя двигательная активность и питание; 6 — сокращение сроков нахождения в ОРИТ (до 1 сут) и ранняя выписка из стационара (до 5 сут); 7 — продолжение наблюдения в амбулаторных условиях (до 30 сут). Сторонники такого подхода к кардиохирургии сходятся на том, что большинство пациентов после операций с ИК могут и должны быть активизированы в максимально ранние сроки. Наиболее распространенным термином в зарубежной англоязычной литературе, определяющим процесс РА, является «early extubation», т. е. «ранняя экстубация трахеи», которая является определяющим моментом, но не отражает всего комплекса мер, направленных на максимально быстрое восстановление нарушенного гомеостаза и реабилитацию пациентов [11, 13-15]. В американских источниках [1,3-5] часто употребляют термины «fast track cardiac surgery», «fast tracking», «fast track cardiac care» и «fasttrack recovery». Они подразумевают как методику анестезии, направленную на быстрое пробуждение пациента после операции («fast-track cardiac anesthesia»), так и послеоперационное ведение с максимально быстрым переводом из ОРИТ, реабилитацией и выпиской из стационара. Последняя составляющая термина «fast track» имеет свое название — «early discharge» или «ultra fast track hospital discharge», т. е. выписка пациента в течение 1—4 сут после операции. Для

обозначения альтернативного РА традиционного подхода к анестезиологическому обеспечению кардиохирургических операций используют термин «slow track» от англ. «slow» — «медленный, постепенный» [6]. Можно встретить определения «early recovery», т. е. раннее восстановление, «rapid recovery» или «shortterm recovery» — быстрое восстановление, «accelerated recovery» — ускоренное восстановление и «early activity» — ранняя активность, в наибольшей степени соответствующие используемому в отечественной практике термину РА. Эти термины наиболее полно отражают все аспекты лечебного процесса — от выбора методики анестезии до тактических подходов к ведению послеоперационного периода. Большинство клиницистов считают главной составляющей РА анестезиологическое пособие, которое обеспечивает возможность прекратить ИВЛ и выполнить экстубацию трахеи в пределах 6 ч после окончания вмешательств с ИК, вместо методик, подразумевающих пролонгированную седацию и экстубацию трахеи после 12—24 ч [3,4,6]. Вместе с тем, во многих центрах, как РА рассматривают сроки экстубации трахеи 8—10 ч и даже 12 ч после операции, что не лишено определенных оснований. Действительно, если трактовать как «fast track» экстубацию трахеи в сроки до 6 ч, а как «slow track» — после 12 ч, то, как классифицировать активизацию в интервале от 6 до 12 ч после операции? Очевидно, что возникновение таких терминологических «неточностей» обусловлено стремлением дать упрощенное определение РА через срок выполнения экстубации трахеи. Поэтому введены термины «immediate extubation» — немедленная экстубация, «very early extubation» — очень

ранняя экстубация или «ultra fasttrack cardiac anesthesia», которые подчеркивают выполнение экстубации трахеи в операционной или вскоре после операции в палате пробуждения или в ОРИТ. В отечественной литературе также иногда используют понятия «ультраранней экстубации трахеи» (через 30—40 мин после окончания операции) [13] и «ультраранней активизации» (в течение 1 ч после окончания операции) [14]. Многообразие приведенных терминов указывает на отсутствие единого взгляда на определение и сроки РА, особенно в отечественной литературе, где явно чужеродно выглядит «ультраранняя экстубация трахеи» для обозначения процесса РА в операционной. Вообще, использование терминов, подчеркивающих место РА (операционная или ОРИТ) и точный срок выполнения экстубации трахеи (минуты, часы), представляется не вполне корректным. Ведь дело не в том, где (в операционной или в ОРИТ) выполняют экстубацию трахеи, а в том, что у больного не используют пролонгированную ИВЛ в качестве обязательного компонента послеоперационного лечения, решая вопрос о ее продолжении лишь при наличии объективных показаний.

Выводы

Таким образом, полагаем, что анестезиологическую тактику, ориентированную на РА, следует трактовать, как отказ от продленной ИВЛ как протокольной меры. При этом не принципиально, 20 мин или 3 ч и более пройдет от окончания операции до экстубации трахеи. Главное, что больному не будут «навязывать» ИВЛ как минимум в течение 12 ч, ожидая, не возникнут ли те или иные осложнения.

Литература:

1. Cheng D. C. Fasttrack cardiac surgery pathways: early extubation, process of care, and cost containment. *Anesthesiology* 1998; 88 (6): 1429—1433.
2. Ender J., Borger M. A., Scholz M. et al. Cardiac surgery fasttrack treatment in a postanesthetic care unit: sixmonth results of the Leipzig fast track concept. *Anesthesiology* 2008; 109 (1): 61—66.
3. London M. J., Shroyer A. L., Grover F. L. Fast tracking into the new millennium: an evolving paradigm. *Anesthesiology* 1999; 91 (4): 911—915.
4. Myles P. S., Daly D. J., Djaiani G. et al. A systematic review of the safety and effectiveness of fasttrack cardiac anesthesia. *Anesthesiology* 2003; 99 (4): 982—987.
5. Svircevic V., Nierich A. P., Moons K. G. et al. Fasttrack anesthesia and cardiac surgery: a retrospective cohort study of 7989 patients. *Anesth. Analg.* 2009; 108 (3): 727—733.
6. Wallace A. W. Is it time to get on the fast track or stay on the slow track? *Anesthesiology* 2003; 99 (4): 774.
7. Евдокимов Н. И. Ранняя активация кардиохирургических больных. Дисс. ... канд. мед. наук. М.; 1975.
8. Шумаков В. И., Козлов И. А., Хотеев А. Ж. и соавт. Опыт широкого внедрения ранней активизации больных, оперируемых с использованием искусственного кровообращения. *Грудная и сердечнососудистая хирургия* 2003; 2: 28—32.
9. Lee T. W., Jacobsohn E. Pro: Tracheal extubation should occur routinely in the operating room after cardiac surgery. *J. Cardiothor. Vasc. Anesth.* 2000; 14 (5): 603—610.
10. Cheng D. C., Wall C., Djaiani G. et al. Randomized assessment of resource use in fasttrack cardiac surgery 1 year after hospital discharge. *Anesthesiology* 2003; 98 (3): 651—657.
11. Hawkes C., Dhileepan S., Foxcroft D. Early extubation for adult cardiac surgical patients. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2003; 4: CD003587.
12. Van Mastrigt G. A., Maessen J. G., Heijmans J. et al. Does fasttrack treatment lead to a decrease of intensive care unit and hospital length of stay in coronary artery bypass patients? A meta regression of randomized clinical trials. *Crit. Care Med.* 2006; 34 (6): 1624—1634.
13. Яворовский А. Г., Трекова Н. А., Гулешов В. А. и соавт. Анестезиологические аспекты ранней активизации больных после операций аортокоронарного шунтирования. *Анестезиология и реаниматология* 2002; 5: 13—17.
14. Midell A. I. Лобачева Г. В., Азовский Д. К., Савченко М. В., Павлов М. В. Ультра ранняя активизация у детей после коррекции септальных дефектов в условиях ИК. *Бюл. НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН* 2003; IV (6): 138.