

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ИПО Реферат по теме:
«ERAS: концепция мультимодальной реабилитации хирургических
пациентов»

ординатора первого года обучения специальности Анестезиология и
реаниматология Даспак Начына Оттук-ооловича

Красноярск-2019

Последние два десятилетия с развитием программы хирургии ускоренного выздоровления (fast track surgery) многие специалисты обращают внимание на предоперационную подготовку и интраоперационное ведение.

Хирургия ускоренной реабилитации — мультимодальная стратегия ведения хирургических пациентов, направленная на оптимизацию всех этапов периоперативного ведения пациента, что включает данные о подготовке к операции, поддержании электролитного баланса, профилактике послеоперационной тошноты и рвоты, адекватной анальгезии, а также определении критериев безопасной выписки пациента из стационара.

Что включает ведение пациента до операции, во время и после операции? Рассмотрим методику периоперационного ведения в колоректальной хирургии.

Перед операцией:

- информирование пациента о предстоящей операции, объяснение его роли в программе ускоренного выздоровления;
- отсутствие механической подготовки кишечника клизмами;
- ограничение продолжительного голодания пациента перед операцией;
- отсутствие премедикации вечером накануне операции.

Интраоперационно:

- применение эпидуральной анестезии;
- поддержание нормотермии (подогрев внутривенных инфузий);
- отказ/ограничение постановки интраабдоминальных дренажей.

После операции:

- ранняя мобилизация;
- раннее энтеральное питание;
- применение пролонгированной эпидуральной анестезии;
- селективное использование назогастральных зондов;
- медикаментозное предотвращение тошноты и рвоты;
- ограничение внутривенных инфузий;
- раннее удаление мочевого катетера/дренажей.

Информирование пациента

Рассказать пациенту, что его ожидает.

Призвать пациента сотрудничать с

командой.

↓ тревоги.

↓ потребности в анальгезии.

Рассказать пациенту о его роли в восстановлении после операции.

Подготовить пациента медикаментозно.

Исключить курение и алкоголь

Подготовка кишечника до операции

Подготовка кишечника повышает риск несостоятельности анастомоза.

Рекомендации не относятся к операциям на нижних отделах ЖКТ.

Ограничение приема пищи

Твердая пища - за 6 часов до операции.

Светлые прозрачные жидкости - за 2 часа до операции

Безопасно

Эффективно

Углеводсодержащие жидкости до операции

↓ послеоперационный катаболизм

↓ инсулиновую резистентность, ↓ гипергликемию

↓ мышечную слабость

Антибиотикопрофилактика

Однократно. Непосредственно перед операцией за 40 – 60 минут.

Антибиотик широкого спектра действия.

Анаэробы

Аэробы

Транквилизаторы - по абсолютным показаниям. Никакой предварительной анальгезии. Отказ от рутинного атропина.

Тромбопрофилактика.

Предоперационно – гепарин.

НМГ.

НФГ каждые 12 ч до полной мобилизации.

Анестезия.

- Лучшие анестетики и опиоды -
- Быстродействующие
- Короткодействующие
- Максимально применять региональные методы
- Спинальная / эпидуральная лучше, чем общая анестезия
- Послеоперационная эпидуральная анальгезия.

До обеспечения эндотрахеального наркоза с миорелаксантами устанавливается эпидуральный катетер с последующим титрованием локального анестетика во время операции и в раннем послеоперационном периоде. Внутривенные инфузии согревают до 370 С для поддержания нормотермии во время операции. Интраабдоминальные дренажи не устанавливаются, при необходимости оставляют один дренаж с последующим ранним его извлечением.

Активизацию пациент начинает через несколько часов после окончания операции в зависимости от его состояния. Энтеральное потребление жидкости необходимо начинать как можно раньше, постепенно увеличивая объем жидкости с последующим переходом на жидкое энтеральное питание. Назогастральные зонды применяются только при наличии рвоты у пациента. Медикаментозная профилактика послеоперационной тошноты и рвоты способствует раннему началу энтерального питания. Удаление мочевого катетера в первые сутки после операции способствует ранней активизации пациента и уменьшает риск мочевых инфекций. Извлечение дренажа в 1-3 сутки после операции уменьшает дискомфорт и дополнительный болевой синдром, способствует ранней активизации, уменьшает риск инфицирования дренажной раны. Расширение энтерального питания позволяет уменьшить объем внутривенных инфузий в первые сутки после операции с последующим его снижением.

Раннее кормление

- Начало приема светлых прозрачных жидкостей через 2 ч после операции.
- Цель: > 800mL жидкости в день операции.
- Прием твердой пищи через 4 часа.

□ Ограничение внутривенной инфузии с

учетом энтерального потребления.

Периоперационное ведение по принципам хирургии ускоренного выздоровления позволяет уменьшить метаболический стрессовый ответ, ускорить реабилитацию пациентов после операции и нивелировать неблагоприятные последствия, связанные с хирургическим вмешательством.

Основные результаты этого обзора - ERAS имеет преимущества использования при плановых операциях в гинекологии, но необходимы исследования качества жизни, удовлетворенности пациенток и экономической выгоды. Исследования при срочных операциях отсутствуют. Необходимо широкое распространение образования, чтобы улучшить скорость реализации программы ускоренной реабилитации.

Источники.

1. Дмитриев Д.В., Катилев О. В., Калинин О. В. Роль

раннего энтерального питания в мультимодальной программе «fast track» хирургии у детей // Клінічна хірургія. –

2014. – № 9. – С. 36–38.

2. Затевахин И.И., Пасечник И.Н., Губайдуллин Р.Р.

и др. Ускоренное восстановление после хирургических

операций: мультидисциплинарная проблема // Хирургия. – 2015. – № 9. – С. 4–8