

«ПРОГРАММА УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ» РОССИЙСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Пасечник И.Н.

I Московский городской съезд анестезиологов и реаниматологов
«Междисциплинарный подход в анестезиологии и реаниматологии»

19.05.2016 Москва

ТЕРМИНОЛОГИЯ

- Fast Track Surgery (FTS) - быстрый путь в хирургии
- Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) - ускоренное восстановление после хирургических вмешательств
- ПРОГРАММА УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ (ПУВ)

КАК ВОЗНИКЛА ПРОГРАММА УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ?

- раннее энтеральное кормление - отечественная школа хирургов
- ранняя активизация больных - отечественная школа хирургов

МНОГОЧИСЛЕННЫЕ ДИССЕРТАЦИИ:

- оптимизация ведения хирургических больных на основе ...
- пути оптимизации в послеоперационном периоде...
- ранняя реабилитация хирургических больных как компонент ...

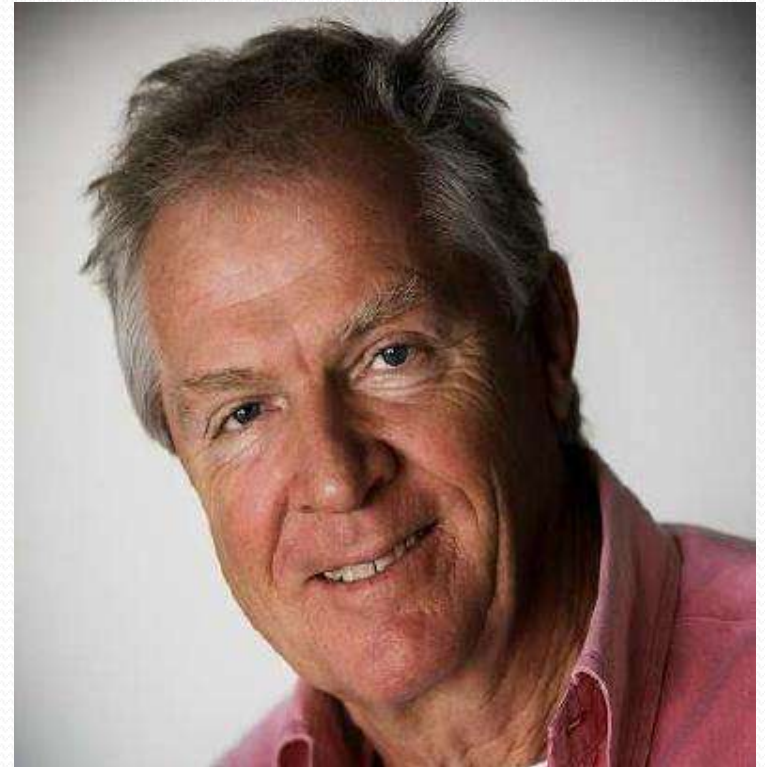
АВТОРЫ КОНЦЕПЦИЙ



Питер Сафар

60-е годы XX века

- автор алгоритма СЛМР



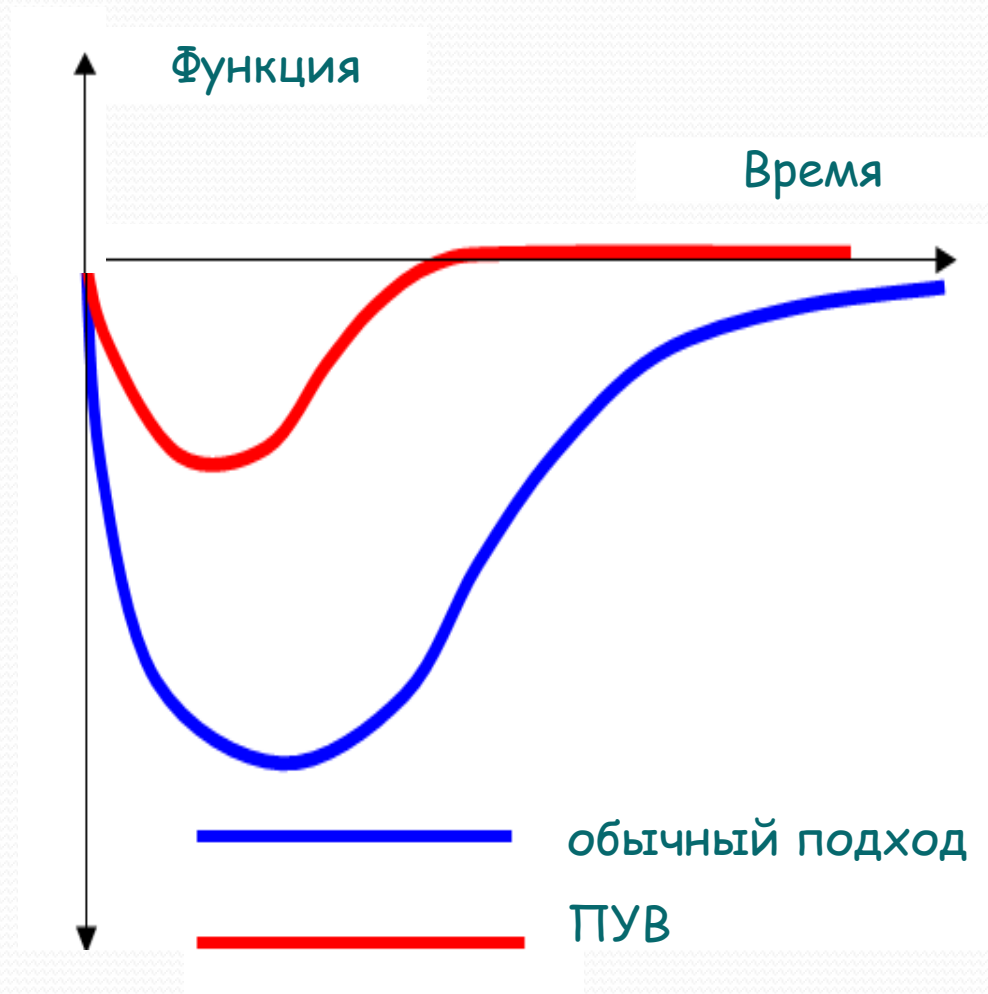
Henrik Kehlet

90-е годы XX века

- концепция ранней ускоренной реабилитации после хирургических вмешательств

КАК РАБОТАЕТ ПТУВ?

- уменьшение стрессового ответа на оперативное вмешательство за счет оптимизации:
 - до-
 - интра-
 - после-операционного периода



Российское общество хирургов
Междисциплинарное научное хирургическое общество «ФАСТ ТРАК»

Клинические рекомендации по внедрению программы ускоренного выздоровления пациентов после плановых хирургических вмешательств на ободочной кишке

И. И. Затевахин, И. Н. Пасечник, С. И. Ачкасов, Р. Р. Губайдуллин, К. В. Лядов, Д. Н. Проценко, Ю. А. Шельгин, М. Ш. Цициашвили

Clinical Guidelines on Implementation of Enhanced-Recovery-After-Surgery Program for Elective Colorectal Surgery

I. I. Zatevakhin, I. N. Pasechnik, S. I. Achkasov, R. R. Gubaidullin, K. V. Lyadov, D. N. Protsenko, Yu. A. Shelygin, M. Sh. Tsitsiashvili

Рекомендации приняты на XIX съезде Общества эндоскопических хирургов России (РОЭХ) (Москва, 16–18 февраля 2016 г.)

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Сопредседатели рабочей группы

Затевахин Игорь Иванович — доктор медицинских наук, профессор, академик РАН
Пасечник Игорь Николаевич — доктор медицинских наук, профессор

Рабочая группа

Ачкасов Сергей Иванович — доктор медицинских наук, профессор
Губайдуллин Ренат Рамилевич — доктор медицинских наук
Лядов Константин Викторович — доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН
Проценко Денис Николаевич — кандидат медицинских наук
Шельгин Юрий Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор
Цициашвили Михаил Шалвович — доктор медицинских наук, профессор

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- мультидисциплинарный подход
- акцент на предоперационную подготовку на догоспитальном этапе
- периоперационное обезболивание с ограниченным использованием опиатов (НПВС, нефопам)
- миниинвазивная хирургия
- короткодействующие и управляемые средства для наркоза
- раннее энтеральное питание
- ранняя реабилитация



МЕТОДОЛОГИЯ

АНАЛИЗ ПУБЛИКАЦИЙ

- Общество хирургии ускоренного выздоровления - ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)
- Европейская ассоциация клинического питания и метаболизма - ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism)
- Международная ассоциация клинического метаболизма и питания - IASMEN (International Association for Surgical Metabolism and Nutrition)
- Кохрановская библиотека
- базы данных EMBASE и PubMed/MEDLINE

ОЦЕНКА ДОСТОВЕРНОСТИ НАУЧНЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ
И УБЕДИТЕЛЬНОСТИ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПРОВОДИЛАСЬ
НА ОСНОВЕ СИСТЕМЫ

GRADE

(Grading of Recommendations Assessment, Development and
Evaluation)

- консенсус экспертов

РЕЙТИНГОВАЯ СИСТЕМА УРОВНЯ ДОСТОВЕРНОСТИ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

Уровни доказательств	Описание
A (высокий)	Высококачественные рандомизированные клинические исследования (РКИ)
B (средний)	Троспективные исследования с рандомизацией или без, исследования с ограниченным количеством данных
C (низкий)	Обсервационные наблюдения
D (очень низкий)	Мнения экспертов

РЕЙТИНГОВАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ СИЛЫ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Сила рекомендации	Следствия		
	Для пациентов	Для клиницистов	Для организаций здравоохранения
I (сильная рекомендация) «мы рекомендуем»	Большинство пациентов согласятся с рекомендуемыми действиями, и только меньшинство - не согласятся	Большинство пациентов должны получать рекомендуемое лечение	Рекомендация может быть оценена как потенциальная база для разработки инструкций и оценки критериев качества лечения
II (рекомендация слабой силы/условная) «мы полагаем»	Большая часть пациентов, оказавшихся в подобной ситуации, высказались бы за то, чтобы следовать рекомендуемому путем, однако значительная часть отвергла бы этот путь	Для разных пациентов следует подбирать различные варианты рекомендаций, подходящие именно им. Каждому пациенту необходима помощь в выборе и принятии решения, которое будет соответствовать его предпочтениям	Рекомендации, вероятно, потребуют обсуждения с участием всех заинтересованных сторон до принятия их в качестве клинического стандарта

СТРУКТУРА РЕКОМЕНДАЦИЙ

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Введение.....	5-7
2. Методология.....	7-11
3. Дооперационный период.....	11-18
4. Операционный этап.....	18-26
5. Послеоперационное ведение больных.....	26-32
6. Заключение.....	32-33
7. Таблицы.....	34-37
8. Список литературы (97 источников).....	38-48

ДО ОПЕРАЦИИ



Положение	Рекомендации	Сила рекомендаций и уровень доказательств
Информирование пациентов на дооперационном этапе	Пациенты до операции должны в обязательном порядке быть информированы об особенностях течения периоперационного периода и возможностях ускоренного выздоровления	I C
Оптимизация поведения пациента на догоспитальном этапе	За 1 месяц до операции необходимо отказаться от курения, алкоголя	I A I C

ДО ОПЕРАЦИИ



Положение	Рекомендации	Сила рекомендаций и уровень доказательств
Предоперационная подготовка кишечника	Механическая подготовка кишечника не должна рутинно использоваться для хирургических вмешательств на ободочной кишке	I A
Отказ от полного голодания перед операцией.	Пациентам следует разрешить прием жидкости не позднее, чем за 2 часа и твердой пищи за 6 часов до индукции в наркоз.	I B
Применение специальных углеводных смесей пред операцией	Перед плановыми операциями необходимо назначать напиток, содержащий углеводы. У больных с СД углеводный напиток сочетают с приемом противодиабетических препаратов	I C II D

ДО ОПЕРАЦИИ



Положение	Рекомендации	Сила рекомендаций и уровень доказательств
Премедикация	Пациентам перед операцией не следует рутинно назначать седативные препараты, так как они замедляют восстановление в раннем послеоперационном периоде	I A
Профилактика ВТЭО в послеоперационном периоде	Пациентам следует носить подобранные по размеру компрессионные чулки и проводить перемежающую компрессию нижних конечностей. Фармакологическая профилактика включает назначение НМГ	I A

ОПЕРАЦИОННЫЙ ЭТАП



Положение	Рекомендации	Сила рекомендаций и уровень доказательств
Стандартный протокол анестезии	Необходимо использовать стандартизированный протокол сочетанной анестезии, предусматривающий минимизацию хирургического стресса, достаточный уровень анальгезии и седации, надежную контролируемую миорелаксацию с применением сугаммадекса для быстрого выхода из наркоза	I C

ОПЕРАЦИОННЫЙ ЭТАП



Положение	Рекомендации	Сила рекомендаций и уровень доказательств
Периоперационная инфузионная терапия	Проведение инфузионной терапии следует осуществлять сбалансированными электролитными растворами, а не физиологическим раствором.	I A
	Во время операции назначение инфузионной терапии должно основываться на данных, полученных с помощью малоинвазивных методов контроля гемодинамики.	I A
	При развитии гипотонии, связанной с ЭА, в интра- и послеоперационном периодах при нормоволемии следует использовать вазопрессоры.	I A
	В послеоперационном периоде необходимо в минимально возможные сроки перейти на пероральное возмещение жидкости и прекратить инфузионную терапию	I A

ОПЕРАЦИОННЫЙ ЭТАП



Положение	Рекомендации	Сила рекомендаций и уровень доказательств
Хирургический доступ	Для резекции ободочной кишки рекомендуется лапароскопический доступ при наличии подготовленного персонала.	I A
	При лапароскопическом доступе наблюдается уменьшение числа осложнений и длительности госпитализации	I B
Назогастральная интубация	Не следует в рутинном порядке использовать назогастральную интубацию у больных, оперированных на ободочной кишке.	I A
	Назогастральный зонд удаляется после окончания общей анестезии	I A

ОПЕРАЦИОННЫЙ ЭТАП



Положение	Рекомендации	Сила рекомендаций и уровень доказательств
Профилактика интраоперационной гипотермии	Во время операции необходимо поддерживать режим нормотермии с помощью специальных систем обогрева и переливания теплых растворов	I A
Дренаживание операционной раны	Не рекомендуется рутинное использование дренажей, поскольку не доказана польза этого вмешательства и замедляется активизация пациентов	I A

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ



Положение	Рекомендации	Сила рекомендаций и уровень доказательств
Послеоперационное обезболивание	<p>У больных с лапаротомным доступом для обезболивания целесообразно использовать эпидуральную анестезию на основе местных анестетиков и опиоидов.</p> <p>При лапароскопических операциях альтернативой эпидуральной анестезии служит мультимодальная анальгезия</p>	<p>I A</p> <p>I B</p>

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ



Положение	Рекомендации	Сила рекомендаций и уровень доказательств
Периоперационная нутритивная поддержка	<p>До операции необходимо оценить алиментарный статус пациента и при наличии недостаточности питания назначить нутритивную поддержку в виде перорального дополнительного питания.</p> <p>Голодание в периоперационном периоде должно быть сведено к минимуму. После операции и выхода из постнаркозной депрессии может быть возобновлен обычный прием пищи.</p> <p>Назначение иммунного питания истощенным больным в периоперационном периоде может быть полезно</p>	<p>I C</p> <p>I A</p> <p>II C</p>

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ



Положение	Рекомендации	Сила рекомендаций и уровень доказательств
Профилактика ПОТР	У больных, имеющих два и более фактора возникновения ПОТР, необходимо использовать мультимодальный подход для профилактики и лечения этого осложнения	I C
Раннее удаление мочевого катетера	Рекомендуется нахождение уретрального катетера в течение 1-2 дней. Мочевой катетер может быть извлечен независимо от применения ЭА и ее продолжительности	I C II C

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ



Положение	Рекомендации	Сила рекомендаций и уровень доказательств
Ранняя мобилизация	Длительная иммобилизация повышает риск возникновения послеоперационных осложнений и развитие мышечной слабости. В связи с этим пациентам необходима ранняя мобилизация в послеоперационном периоде	I C

ПУВ - КОМАНДНЫЙ ПОДХОД

SLOW TRAC SURGERY

FAST TRAC SURGERY



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

