

В помощь практическому врачу

УДК 617-089

DOI 10.52246/1606-8157_2021_26_4_29

ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ FAST TRACK В ПЛАНОВОЙ ХИРУРГИИ С УЧЕТОМ ИЗМЕНИВШЕЙСЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ

А. В. Гусев¹, доктор медицинских наук,
А. Э. Говорливых^{2*}

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

² ОБУЗ «Городская клиническая больница № 7 г. Иваново», 153032, Россия, г. Иваново, ул. Воронина, д. 11

РЕЗЮМЕ Описаны перспективы внедрения и собственный опыт применения технологии Fast Track в плановой хирургии в условиях эпидемии новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Ключевые слова: Fast Track, программа ускоренного выздоровления в хирургии.

* Ответственный за переписку (corresponding author): govorlivyh@bk.ru

Одним из перспективных методов повышения периоперационной безопасности в хирургии является технология Fast Track, или программа ускоренного выздоровления (ПУВ) [1].

Программа Fast Track, сформированная Н. Kehlet в середине 90-х годов XX века, обеспечивает уменьшение стрессового воздействия хирургического лечения на организм больного на всех этапах периоперационного периода за счет рациональной предоперационной подготовки, использования малоинвазивных и высокотехнологичных хирургических методов, анестетиков короткого действия интраоперационно, мультимодальной анальгезии и ранней реабилитации в послеоперационном периоде [2].

За счет этого улучшаются результаты хирургического лечения, снижается количество осложнений и срок госпитализации, повышается качество пребывания пациента в стационаре и его удовлетворенность лечением [3–5].

Программа ускоренного выздоровления включает в себя три этапа [2, 6] (табл.).

При внедрении ПУВ в нашей стране возникает ряд сложностей, большинство из которых можно решить в конкретном лечебном учреждении. К числу нерешенных вопросов относится послеоперационное ведение и реабилитация больных на поликлиническом этапе. Ранняя выписка и долечивание на амбулаторном этапе обуславливают

Таблица. Этапы программы ускоренного выздоровления в хирургической практике

Этап выздоровления		
предоперационный	операционный	послеоперационный
Информирование пациентов. Оптимизация поведения на догоспитальном этапе. Госпитализация в день операции. Отказ от механической подготовки кишечника перед операцией. Отказ от премедикации. Антибиотикопрофилактика за 30 минут до разреза. Отказ от полного голодания перед оперативным вмешательством	Регионарная анестезия или применение короткодействующих анестетиков. Адекватный объем инфузионной терапии в периоперационном периоде. Хирургический (мини-инвазивный) доступ. Профилактика интраоперационной гипотермии. Применение высоких концентраций кислорода периоперационно. Отказ от рутинного использования дренажей и назогастральных зондов	Неопиоидная мультимодальная (многокомпонентная) анальгезия. Раннее удаление мочевого катетера. Профилактика послеоперационной тошноты и рвоты. Раннее начало перорального питания. Ранняя мобилизация

ряд требований, таких как адекватность пациента, восстановление активной двигательной функции, возможность купирования болевого синдрома пероральными препаратами, наличие родственника, осуществляющего уход за пациентом, и, главное, возможности амбулаторного медицинского наблюдения. Однако большие нагрузки на поликлиническом хирургическом приеме (если последний вообще имеется) делают невозможным адекватное послеоперационное наблюдение и курацию больных на постгоспитальном этапе [7].

В условиях пандемии COVID-19, несмотря на профилактические меры, нередки случаи заражения пациентов в стационаре, что диктует необходимость сокращения времени госпитализации больного для снижения риска инфицирования. Такому подходу полностью соответствует технология Fast Track.

В хирургическом отделении ОБУЗ «Городская клиническая больница № 7 г. Иваново» за два месяца 2021 года было пролечено 19 пациентов по технологии Fast Track. Все операции были плановыми, из них оперативное лечение грыж различных локализаций – 8 случаев, мини-флебэктомий по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей – 11.

Проводилось предоперационное информирование пациентов на этапе консультирования их заведующим хирургическим отделением, который проводил тщательный целенаправленный отбор больных, давал исчерпывающую информацию о предстоящих медицинских процедурах, операции, послеоперационном периоде, преимуществах программы ПУВ.

Предоперационное обследование проводилось в условиях поликлиники. Дополнительно к стандартному обследованию всем пациентам рекомендовалось пройти ПЦР-диагностику на COVID-19 непосредственно перед операцией (госпитализация осуществлялась только с отрицательными результатами теста). Во всех случаях мы отказались от очищения кишечника накануне операции, от премедикации, длительного голодания в пред- и послеоперационном периоде.

Осмотр анестезиолога и оперативное вмешательство выполнялись в день госпитализации. Во всех случаях применялась регионарная эпидуральная анестезия, что сопровождалось самостоятельным дыханием, снижением нагрузки на сердечно-со-

судистую систему, меньшим риском послеоперационного пареза кишечника и адекватным интраоперационным обезболиванием.

Ранняя мобилизация обеспечивалась активизацией пациента через три часа после операции с дальнейшей рекомендацией передвигаться в течение первого дня не менее шести часов.

Проблема с постгоспитальным ведением пациентов была нами решена посредством выделения отдельной ставки врача-хирурга дневного стационара из числа врачей хирургического отделения, который в рабочее время вне хирургического отделения осуществлял осмотр больных, выполнял им перевязки, корригировал обезбоживание в послеоперационном периоде. Следует отметить, что мы полностью отказались от применения наркотических анальгетиков при ведении пациентов по технологии Fast Track. В каждом случае вопрос с обезбоживанием решался индивидуально с учетом выраженности болевого синдрома, способа введения обезболивающих препаратов, рисков их применения, наличия противопоказаний.

Рекомендовалось потребление более 300 мл жидкости в первый день через шесть часов после операции. На вторые сутки расширялась диета: разрешался прием твердой пищи, то есть питание становилось максимально приближенным к повседневному.

Следует отметить, что ни один из 19 пациентов не инфицировался в стационаре новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

По нашему мнению, в условиях пандемии большинство плановых оперативных вмешательств может проводиться по принципам ПУВ, при этом за счет сокращения сроков пребывания больных в стационаре, возможно, удастся снизить риск инфицирования. Наш опыт решения данной проблемы, безусловно, невелик, и требуется дальнейший поиск путей решения этой актуальной задачи. При этом немаловажен тот факт, что хирургам невыгодно выписывать пациентов после операции раньше установленных сроков, поскольку страховые компании неполностью оплачивают услуги при краткосрочном пребывании пациента в стационаре.

Таким образом, внедрение перспективной с различных точек зрения ПУВ требует одновременно решения многих организационных и кадровых проблем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карсанов А.М., Кульчиев А.А., Берсенева Е.А. Современная стратегия повышения периоперационной безопасности пациентов. Главврач Юга России. 2018;4:21-24.
2. Затевахин И.И., Пасечник И.Н. Клинические рекомендации по внедрению программы ускоренного выздоровления пациентов после плановых хирургических вмешательств на ободочной кишке. Доктор.Ру. Анестезиология и реаниматология. Медицинская реабилитация. 2016;12:8-21.
3. Basse L, Raskov HH, Hjort Jakobsen D, Sonne E, Billesbølle P, Hendel HW, Rosenberg J, Kehlet H. Accelerated postoperative recovery programme after colonic resection improves physical performance, pulmonary function and body composition. *British Journal of Surgery*. 2002;89(4):446-453.
4. Muller S, Zalunardo MP, Hubner M, Clavien PA, Demartines N. A fast-track program reduces complications and length of hospital stay after open colonic surgery. *Gastroenterology*. 2009;136(3):842-847.
5. Serclova Z, Dytrych P, Marvan J, Nová K, Hankeová Z, Ryska O, Slégrová Z, Buresová L, Trávníková L, Antos F. Fast-track in open intestinal surgery: prospective randomized study. *Clinical Nutrition*. 2009;28(6):618-624.
6. Пасечник И.Н., Назаренко А.Г., Губайдуллин Р.Р., Скобелев Е.И., Борисов А.Ю. Современные подходы к ускоренному восстановлению пациентов после плановых хирургических вмешательств. Доктор.Ру. 2015;15-16:10-17.
7. Затевахин И.И., Пасечник И.Н. Программа ускоренного выздоровления в хирургии (fast trak) внедрена. Что дальше? Вестник хирургии. 2018;3:70-75.

PERSPECTIVES OF FASTTRACK TECHNIQUE INTRODUCTION TO ELECTIVE SURGERY WITH DUE REGARD TO CHANGED EPIDEMIOLOGICAL SITUATION**A. V. Gusev, A. E. Govorlivykh****ABSTRACT** The perspectives of Fast Track technique introduction into elective surgery and own experience of its application in new coronavirus infection COVID-19 epidemic are described.**Key words:** Fast Track, program for accelerated recovery in surgery.