

Опыт применения принципов ERAS для периоперационного сопровождения пациентов гинекологического профиля.

Проект в номинации

Стратегические решения по охране здоровья населения

Организация

МХ ФОТЕК ЦОГ Женская клиника

Участники проекта

Ирина Евгеньевна Степанова

врач анестезиолог-реаниматолог

Екатеринбург

МХ ФОТЕК ЦОГ Женская клиника

Современный стандарт оказания хирургической помощи пациенткам с гинекологическими заболеваниями – эндохирургия. Внедрение эндоскопических методов лечения в совокупности с ERAS концепцией ведет к полному восстановлению организма после оперативного вмешательства.

Описание проекта

Описание проблемы.

МХ ФОТЕК ЦОГ Женская клиника начала свою работу в 2014 году. Современные технологии в клинике позволяют проводить сложнейшие органосохраняющие, реконструктивно-пластические операции в гинекологической практике. Длительность операций варьирует от 2 до 5 часов. Что несомненно потребовало применение принципов Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) — ускоренное восстановление после хирургических операций, адаптированных к пациентам гинекологического профиля. Впервые разработал и предложил комплекс мероприятий, направленных на снижение стрессовой реакции организма пациента на агрессию, датский проф. Н. Kehlet. Он проанализировал патофизиологические механизмы развития осложнений у пациентов после плановых операций и предложил воздействовать на все этапы периоперационного периода, включая амбулаторный. Данная концепция требует слаженных действий всего медицинского персонала (хирурга, лечащий врач, анестезиолог-реаниматолог, реабилитолог, сестринский персонал), а также

доверительного взаимопонимания между пациентом и лечащим врачом, который информирует, мотивирует и ставит перед больным ежедневные задачи.

Цель

Сокращение сроков пребывания пациента в стационаре, достижение скорейшего выздоровления, обеспечение качественной медицинской помощи. Оценка эффективности применения ERAS

Задачи

Своевременное обследование пациентов.

Обеспечение круглосуточного наблюдения , организация ПИТ.

Обеспечение безопасности пациента на всех этапах лечения.

Внедрение принципов ERAS.

Описание проекта .

В Женской клинике с успехом применяется данный комплекс, мы адаптировали его применительно к гинекологическим пациентам и добавили профилактику ПОКД (послеоперационная когнитивная дисфункция)

Этапы ERAS:

Амбулаторный период

- осмотр гинекологом , анестезиологом, терапевтом,

- подробное информирование пациента об этапах и вариантах планируемого лечения,

- при необходимости коррекция сопутствующих заболеваний.

Предоперационный период

- подготовка кишечника (прием слабительных накануне операции : пикопреп - натрия пикосульфат-местное слабительное действие в толстой кишке, магния цитрат-осмотическое слабительное за счет удержания воды в толстой кишке или мовипреп - макрогол-3350, натрия сульфат, аскорбиновая кислота оказывают осмотическое действие); за 2-3 дня до операции бесшлаковая диета; накануне операции сипинговое питание (мы используем Фрезубин напиток 3,2ккал /мл, 125мл) на ночь перед операцией; жидкость (с углеводами!) за 2-3 часа до операции (провайд - экстра, сладкий некрепкий чай) : ↓
инсулинорезистентность, минимизируются азота, ↓ послеоперационный

катаболизм, ↓ мышечная слабость,

-профилактика тромбоэмболических осложнений (эластическая компрессию нижних конечностей, НМГ по схеме Каприни) -

антибиотикопрофилактика (внутривенно за 30 минут до разреза)

- профилактика

ПОКД (послеоперационная когнитивная дисфункция) : за 20 минут до операции целлекс 1,0 п/к (активирует вторичную нейропротекцию за счет стимуляции процессов синаптогенеза)

Интраоперационный этап

- протективная ИВЛ или регионарная анестезия , экстубация пациентов на операционном столе,

- использование

BIS - мониторинга

- в ходе всей операции

нормотермия не ниже 36°C (путем обогрева пациента)

- с целью компенсации потери жидкости

проводили инфузионную терапию (1,5-2 мл/кг/час, сбалансированные растворы -стерофундин, раствор Рингера, ацесоль)

профилактика ПОКД (цитофлавин 0,5мг/кг/мин в расчете на сукцинат через 30 минут после начала операции, семакс 0,1% назальный спрей в конце операции)

- профилактика ПОТР (дексаметазон 4-12мг в

премедикации в/в на операционном столе, ондасетрон 4мг в/в струйно при выходе из анестезии)

профилактика ТЭЛа (пневмокомпрессия нижних конечностей)

Послеоперационный период

обезболивание осуществляли с применением мультимодальной аналгезии (НПВС ксефокам 8мг x 2 раза в/венно струйно , парацетамол 1г x 1 (2) раза в/в капельно, габапентин 300мг x 3 раза перорально, наркотические анальгетики по требованию)

- инфузионная терапия (до 1,0 л/сут, пациентам разрешали пить воду через 3-4 ч после операции, принимать пищу через 6 ч) -

продолжена антибактериальная терапия,

профилактика тромбоэмболических осложнений (максимально ранняя активизация пациента, первый раз через 4-6 часов после операции, эластичная компрессия н/конечностей, НМГ по схеме Каприни)

- нормализация работы ЖКТ (жвачка после еды

8-10 минут, пробиотики утром за 20 минут до еды)

- специализированный массаж , гимнастика через сутки после операции.

Результаты

минимальная интенсивность болевого синдрома (согласно ВАШ боли)

ранняя

активизация пациента

↓ время

госпитализации (3-4дня)

↓ количество осложнений

↑ удовлетворенность пациента

«В итоге только тот, кто заботится о больном, может что-то изменить в этой заботе <...>

Человек со стороны способен судить о заботе, но только практик в силах ее улучшить». Дональд Бервик