

69 Форум

Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов

Хабаровск, 12-13 апреля 2017 года

**РАННЯЯ АКТИВИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОК
ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА
СЕЧЕНИЯ КАК ВАРИАНТ РЕАЛИЗАЦИИ
КОНЦЕПЦИИ ERAS**

Куцый М.Б.

КГБУЗ Перинатальный центр
Заведующий отделением анестезиологии
и реанимации для женщин

СОГЛАСОВАНО:

**Главный внештатный специалист
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
по акушерству и гинекологии
академик РАН, профессор**

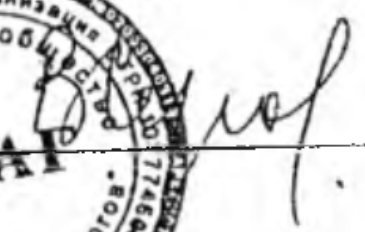

Л.В. Адамян

2014 г.



УТВЕРЖДАЮ:

**Президент Российского общества
акушеров-гинекологов
академик РАН, профессор**


В.Н. Серов

2014 г.



**КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ. ПОКАЗАНИЯ, МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ,
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА, АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА,
ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА.**

Клинические рекомендации (протокол)

Что такое ERAS?

E

• Enhanced

R

• Recovery

A

• After

S

• Surgery

Концепция улучшенного послеоперационного восстановления пациентов.

Состоит из нескольких взаимосвязанных этапов.

Требует оптимизации междисциплинарного подхода, реализация возможна только при командной работе.

Зачем все это нужно?

1. Повышение качества жизни пациенток
2. Снижение количества периоперационных осложнений
3. Снижение прямых и косвенных затрат стационаров

Почему мы об этом говорим?

1. В регионе процент соблюдения протокола очень невысок
2. Ряд периоперационных осложнений в 2016 году можно было бы избежать при соблюдении протокола

Основные составляющие

Предоперационная подготовка

- Отсутствие подготовки кишечника
- Отсутствие длительного голодания
- Отсутствие палатной премедикации

Периоперационный период

- Регионарная анестезия – всегда и везде, где только можно!
- Общая анестезия – максимально управляемая
- Рестриктивная инфузия
- Профилактика гипотермии
- Отсутствие дренажей

Послеоперационный период

- Ранняя активизация
- Мультиmodalная анальгезия
- Раннее питание
- Минимальное количество медикаментов, отказ от инфузий

Предоперационная подготовка

- Кесарево сечение – **малая полостная операция (ASA grade 2)**, и не требует значительной подготовки и длительной послеоперационной реабилитации.
- Значительная подготовка кишечника к ОКС не требуется.
- Длительное голодание перед ОКС – не требуется

При осмотре анестезиолога важно:

1. Убедить пациентку в преимуществах регионарной анестезии;
2. Убедиться, что пациентка не получает антикоагулянты, или отрегулировать режим их введения;
3. Убедиться, что уровень тромбоцитов выше 75 тыс/мкл, что у пациентки определена группа крови и фенотип;
4. Оценить риск ВТЭ и назначить схему тромбопрофилактики;
5. Согласовать время операции и назначить пациентке последний прием жидкости (сладкой – желательно сок, или раствор глюкозы) – за три часа до операции в объеме 3 мл/кг.

Интраоперационно:



Регионарная анестезия – всегда, везде, когда это только возможно!



Никакой седации – без веских на то причин.



Общая анестезия – по строгим показаниям, максимально управляемая и щадящая.



Ограничивайте инфузию – только кристаллоиды, небольшой объем (не более 2:1 по отношению к кровопотере).



Избегайте гипотермии, согревайте пациентку, воздух и растворы.

Послеоперационный период



Ведение родильниц после абдоминального родоразрешения

Основные принципы ведения послеоперационного периода после абдоминального родоразрешения основываются на современной концепции Fast track хирургии – это мультимодальная стратегия ведения хирургических больных, которая включает использование регионарных методов анестезии, адекватный контроль за послеоперационной болью, а также активную раннюю физическую реабилитацию, включая раннее энтеральное питание и мобилизацию. Ведение родильниц после операции кесарева сечения имеет свои особенности. Из них наиболее важными являются:

Ранний перевод из отделения реанимации (или палаты пробуждения) в послеродовое отделение:

- через 6-8 часов после операции, выполненной в условиях нейроаксиальной (спинномозговой, эпидуральной, комбинированной спинально-эпидуральной) анестезии;
- через 8-12 часов после операции, выполненной в условиях общей анестезии;
- в ночные часы (с 23 до 8 часов) перевод осуществляется в плановом порядке с 8 утра.

Исключение:

1. Презклампсия.
2. Кровотечение до, во время операции или в раннем послеоперационном периоде.
3. Тяжелая соматическая патология требующая мониторинга гемодинамики и функции жизненно важных органов, а также наблюдение врача реаниматолога.
4. Технические сложности во время операции, расширение объема операции (миомэктомия, гистерэктомия, спаечный процесс и т.д.)

Удаление мочевого катетера должно производиться после активизации пациентки и не ранее, чем через 4-6 часов после ведения последней дозы анестетика в эпидуральное пространство [D].

Ранняя активизация

Через 4-6 часов после окончания операции женщине помогают сначала сесть в постели, спустить ноги на пол и затем понемногу начать ходить. Это позволяет свести к минимуму риск развития спаечных осложнений в брюшной полости, застойных явлений в легких (особенно вероятны после общей анестезии), а также тромбозомболических осложнений при длительной иммобилизации.

Анальгезия

Эпидуральная анальгезия – оптимальна. Следует предпочесть длительную эпидуральную инфузию болюсным введениям. Начинать инфузию сразу после операции.

Установка послеоперационного раневого катетера – эффективно, но (пока) дорого. Длительная инфузия амидных анестетиков в раневой катетер – крайне эффективна и безопасна.

Минимизировать количество вводимых опиоидов. Как правило, однократное введение перед подъемом на ноги является достаточным. Эпидуральная анальгезия чаще всего позволяет отказаться от опиоидов полностью (хотя это и не самоцель).

Введение ненаркотических анальгетиков эффективно и безопасно. Препараты выбора – парацетамол, кетопрофен, метамизол (да-да! Именно он!).

Питание

Прием воды – сразу по приезду из операционной.

Прием пищи – максимально быстро. Оптимально, если женщина начинает принимать пищу в течение первых двух часов.

Выбор между смесью или общехирургическим столом осуществляется в зависимости от потока пациенток и качества пищи в стационаре

Мы предпочитаем использовать смесь, но это дискуссионно – хотя и очень удобно

При использовании смеси оптимальны рецептуры с пищевыми волокнами

Ни в коем случае не задерживайте начало питания свыше шести часов

Никакая предварительная стимуляция перистальтики ни в коем случае не показана!

Активизация

Стандартно – через 6 – 8 часов после операции

Не осуществляется активизация ночью, пациентки отдыхают до утра с активизацией в 6 – 7 часов

К моменту активизации пациентка должна быть сытой, испытывать комфорт, боль при движении не должна превышать 4 баллов по ВАШ

До активизации в условиях РАО / ПИТ – обеспечить максимально полный и частый контакт матери и ребенка. Не должно быть никаких ограничений на доставку детей в реанимационное отделение

Противопоказания к ранней активизации



Преэклампсия тяжелой степени;



Кровопотеря, превышающая 1000 мл, потребовавшая трансфузии;



Гипертермия в послеоперационном периоде (свыше 38,0 С);



Значительное расширение объема операции, технические трудности, осложнения;



Продолжающееся кровотечение;



Иные значимые осложнения послеоперационного периода.

Результаты реализации ERAS в КГБУЗ Перинатальный центр

2016 год – 1147 операций кесарева сечения, из них:

1103 (96,2%) – в условиях регионарной анестезии

81 пациентка (7,1%) имела противопоказания к ранней активизации

1066 пациенток (92,9%) были активизированы рано, у всех начато введение смеси в течение двух часов

Результаты реализации ERAS в КГБУЗ Перинатальный центр

Эпидуральная анальгезия – 152 (14,3%)


Системная анальгезия (опиоиды + НПВС) – 914 (85,7%)

Из 1066 пациенток после ранней активизации:

Парезов кишечника, потребовавших медикаментозной терапии или стимуляции - 0!!!

Возвращений пациенток в отделение реанимации (т.н. несвоевременный перевод) – 0!!!

Случаев длительного болевого синдрома, который представлял бы проблему в условиях профильного отделения – 0!!!



*Спасибо за
внимание!*