



ПРОГРАММЫ РАННЕЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ В
АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ:
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ

Е.ЧУМАЧЕНКО

САНКТ ПЕТЕРБУРГ 19.10. 2016

ИГРА СЛОВ ? ДА, НО.....

- FAST-TRACK RÉHABILITATON
- MULTIMODAL ACCÉLERATE RÉHABILITATON
- ACTIVE RÉHABILITATON
- IMPROVED - RÉHABILITATON
- OPTIMIZED – RÉHABILITATON
- CHIRURGIE LIGHT
- PRECOCE REHABILITATON =
РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

ИГРА СЛОВ ? ДА, НО....



КОНЦЕПЦИЯ «Fast-Track»

БЫСТРЕЕ

ДЕШЕВЛЕ



Стимул: 80-е годы в США страховые компании;
Повторная госпитализация 21%

КОНЦЕПЦИЯ «Fast-Track»

БЫСТРЕЕ

ДЕШЕВЛЕ

ПРОЩЕ

ЛУЧШЕ !

НЕМНОГО ИСТОРИИ

≈ 1950... кардиология: постинфарктная активная
реабилитация

кардихирургия, ортопедия

≈ 1980... лапароскопическая техника, видеохирургия,
«минимально-оперированные пациенты»

≈ 1990...

1995 г. КЕНЛЕТ Henrik: первые результаты

2х-дневной РР после колэктомии *

1997 г. Концепция хирургии без стресса:

«**stress-free**»

Мультимодальный принцип « **fast-track** »:

анальгезия, питание, мобилизация, дренажи



НЕМНОГО ИСТОРИИ

2001г. WILMORE et al:

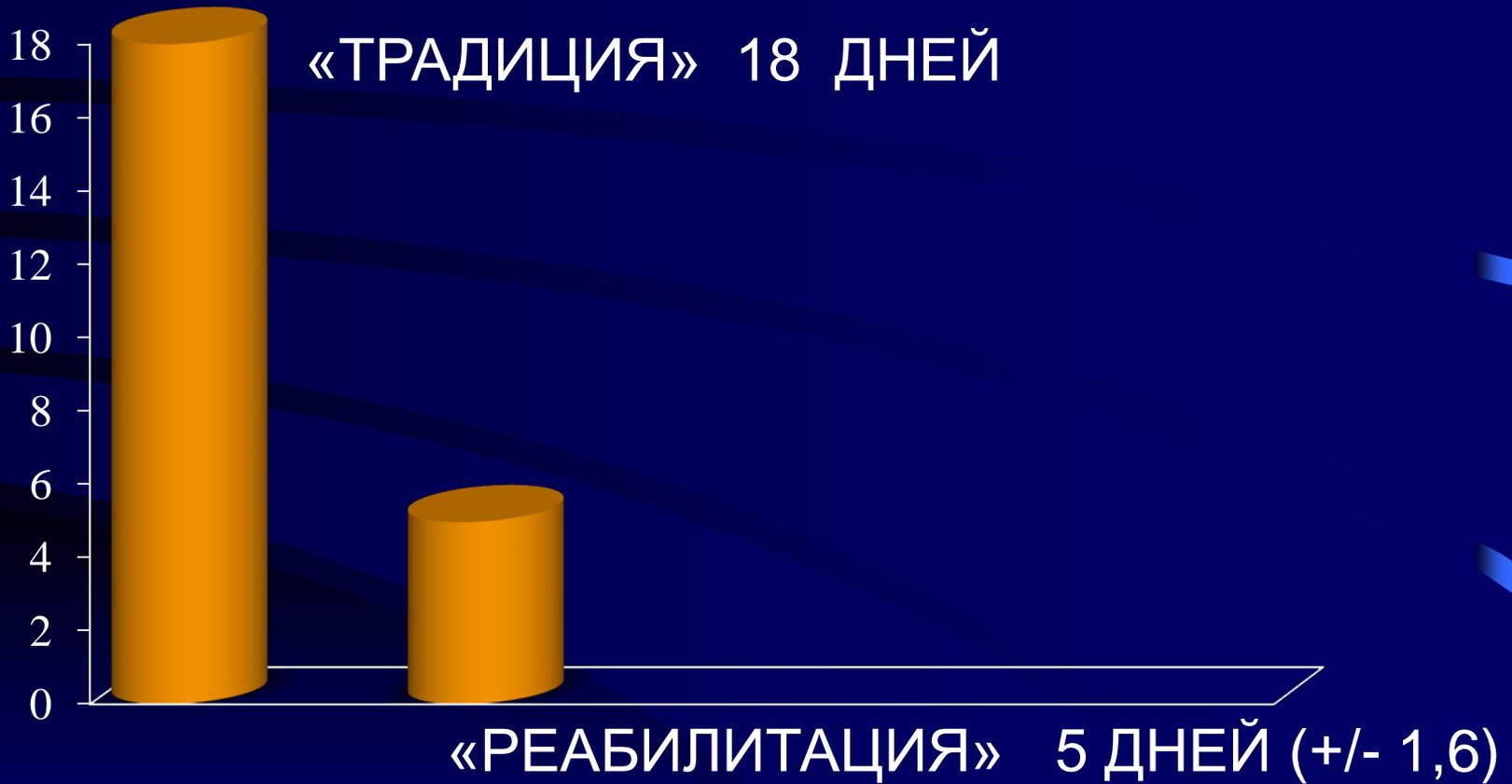
принципы РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ:

- ◆ СТАНДАРТИЗАЦИЯ
- ◆ СОКРАЩЕНИЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
- ◆ РАННИЙ ВОЗВРАТ К УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ И ПСИХИЧЕСКОЙ АВТОНОМИИ
(**качество, а не скорость !**)

Роль анестезии: медикаменты короткого действия,
быстрое пробуждение больного,
профилактика ПОТР, гипотермии, ПОБ...



КОЛО-РЕКТАЛЬНАЯ ОНКО-ХИРУРГИЯ*



* WIND J et al. ; Br J Surg 2006

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

- ❖ ПРИМЕНИМА В РАЗЛИЧНЫХ ОБЛАСТЯХ : ОРТОПЕДИИ, **ГИНЕКОЛОГИИ**, ТОРАКАЛЬНОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ, **АКУШЕРСТВЕ** ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ?
- ❖ ЭТАПНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ: ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
ПОВТОРНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ %/30 дн.
ОСЛОЖНЕНИЯ %
- ❖ ПРОТОКОЛЫ: МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ, ГОСПИТАЛЬНЫЙ И
ВНЕБОЛЬНИЧНЫЙ

Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery

Henrik Kehlet, Jørgen B Dahl *Lancet* 2003; **362**: 1921–28

ПРОФИЛАКТИКА
ГИПОТЕРМИИ

МИНИ-ИНВАЗИВНАЯ
ТЕХНИКА

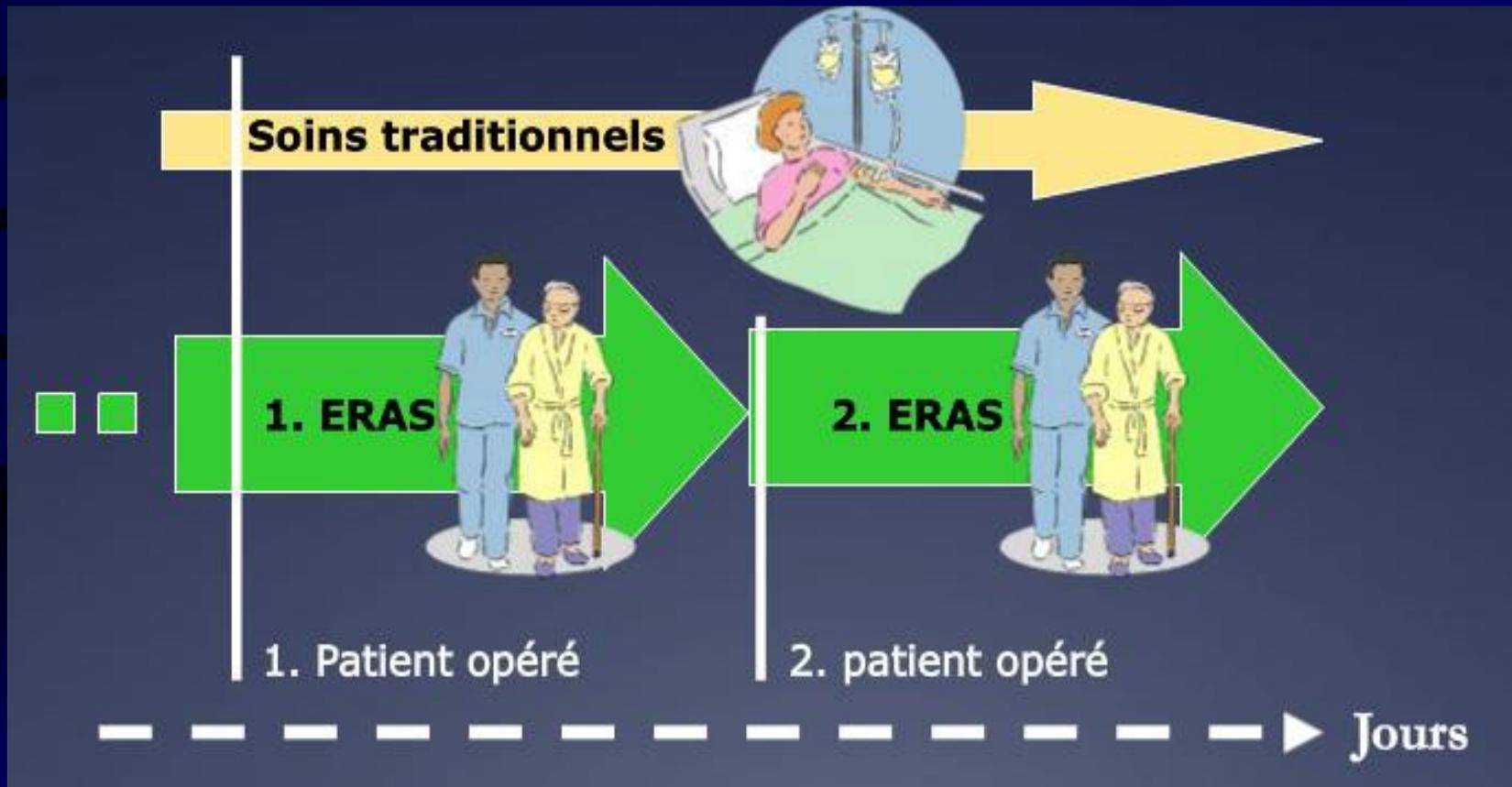
ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТРЕСС
ГИПЕРКАТАБОЛИЗМ, БОЛЬ,
ПАРЕЗ, ПОТР,
ИММУНОДЕПРЕССИЯ, VO_2 ,
ЛЕГОЧНАЯ ДИСФУНКЦИЯ,
КОАГУЛОПАТИЯ,
ТКАНЕВАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ
"

АФФЕРЕНТНАЯ
НЕЙРОНАЛЬНАЯ
БЛОКАДА
(МА, ЛРА, ЭДА)

«Médications»

УГЛЕВОДНАЯ НАГРУЗКА,
КОРТИКОИДЫ, АНАЛЬГЕТИКИ,
ПОТР, O_2 , НУТРИТИВНАЯ
ПОДДЕРЖКА

НАГРУЗКА НА ПЕРСОНАЛ ?



РАННЯЯ «ДЕМЕДИКАЛИЗАЦИЯ»

- МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ
- ПРОФИЛАКТИКА ПОБОЧНЫХ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ЭФФЕКТОВ
- РАННЯЯ МОБИЛИЗАЦИЯ:



ДРЕНАЖИ
КАТЕТЕРЫ
КАПЕЛЬНИЦЫ...

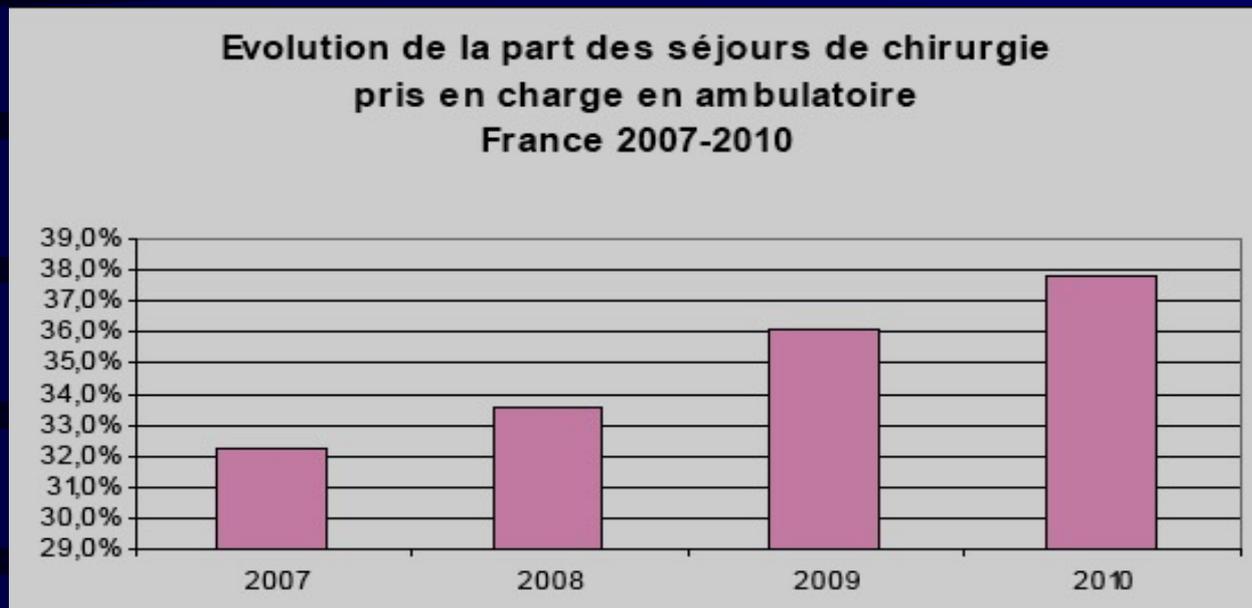


АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ

- «ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ ФОРМА» «PP»
- ВО ФРАНЦИИ > 25 лет
- ПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫЙ ДЕКРЕТ 1994 г
«РАЗВИТИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ
СЛУЖБЫ ВО ФРАНЦИИ»:
 - обязательная предоперационная
анестезиологическая консультация;
 - обязательное наличие ППОН* (SSPI)
- ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОГРЕСС

*Палата После Операционного Наблюдения

АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ



2013

USA: 85 %

GB: 80 %

Scandinavie: 75 %

France: 42,3 %

44,7% в 2014

50% в 2016 ?

РАЗВИТИЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ ОДНА
ИЗ 12 ПРИОРИТЕТНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРОГРАММ

ЭТАПЫ ПАЦИЕНТА

АВТОНОМНЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ :

- АРХИТЕКТУРА
- ЭРГОНОМИКА
- ОБУЧЕННЫЙ ПЕРСОНАЛ
- ВНЕГОСПИТАЛЬНАЯ СЕТЬ !

*ЕДИНЫЕ ПРОТОКОЛЫ, ПОДРОБНОЕ
ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ*



ИНФОРМАЦИЯ

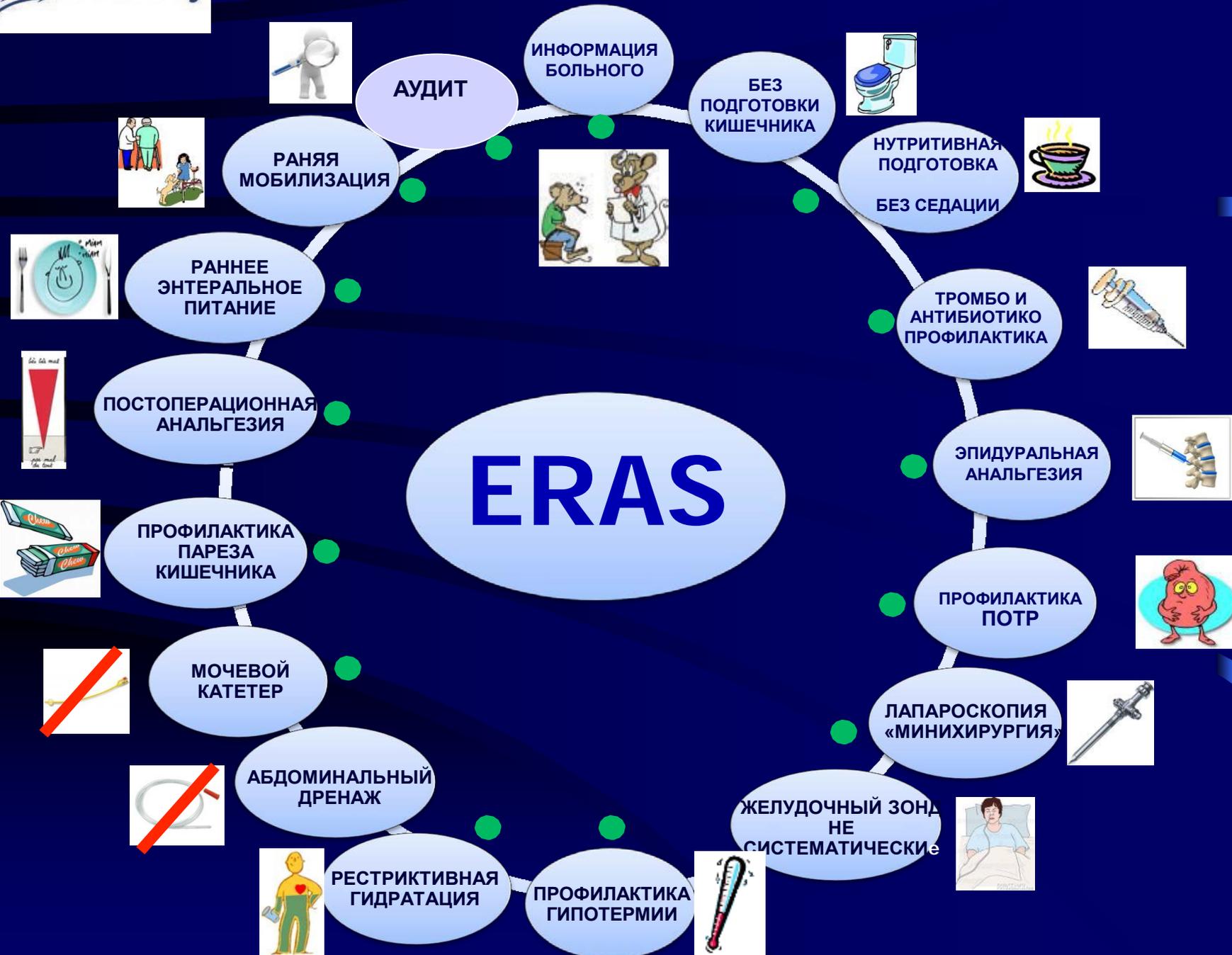
ПРОФИЛАКТИКА

ЛЕЧЕНИЕ

ОЦЕНКА

* Отделение Амбулаторной Хирургии

ERAS



КОМПОНЕНТЫ «РР»

- НЕ ВЫРЫВАТЬ ИЗ ЦЕПИ ОТДЕЛЬНЫЕ ЗВЕНЬЯ
- «УРЕЗАННАЯ ПРОГРАММА» НЕ ДАСТ ПРЕИМУЩЕСТВ

КОМПОНЕНТЫ «РР»

1. ВОДНО-СОЛЕВАЯ БАЛАНС
2. АНАЛЬГЕЗИЯ пери- и после операционная
3. ПИТАНИЕ (парентеральное и энтеральное, парез, ПОТР, роль ЖЗ...)
4. ТЕМПЕРАТУРНЫЙ КОНТРОЛЬ, O₂...
5. МОБИЛИЗАЦИЯ



РАННЯЯ АВТОНОМИЯ ПАЦИЕНТА

ПРОТОКОЛ - ГЕНЕРИК

Période préopératoire	Période peropératoire	Période postopératoire
<p>1/ Information et éducation du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adhésion et participation du patient - Optimisation des prises des traitements médicamenteux - Arrêt de la consommation alcool-tabagique idéalement 4 semaines avant l'intervention <p>2/ Optimisation digestive</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de préparation colique systématique - Période de jeun ne devant pas excéder plus de 6h avant l'intervention - Apport de boissons claires jusqu'à 2h avant l'intervention - Place des carbohydrates per os en chirurgie digestive - Place de l'immunonutrition chez les patients dénutris ou opérés pour une néoplasie <p>3/ Stratégies d'épargne transfusionnelle</p> <p>4/ Thrombophylaxie</p> <p>selon le risque identifié :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bandes de compression - Héparine Bas Poids Moléculaire <p>5/ Prémédication non systématique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eviter anxiolytiques longue durée d'action - Intérêt des Gabapentinoïdes en chirurgie orthopédique <p>6/ Prévention du risque infectieux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préparation cutanée à la Chlorhexidine - Antibiotrophylaxie : effectuée 30 à 60 minutes avant l'incision chirurgicale 	<p>1/ Protocole anesthésique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agents anesthésiques de courte durée - Prévention des Nausées Vomissements PostOpératoires (NVPO) - Antibiotrophylaxie - Dose uniques de corticoïdes à l'induction - Prévention hypothermie : objectif > 36°C - Stabilité hémodynamique - Contrôle des apports en soluté - Stratégie transfusionnelle - Optimisation du remplissage vasculaire guidé par monitoring du débit cardiaque : chirurgies par voie ouverte <p>2/ Stratégie analgésique multimodale adaptée à la technique chirurgicale :</p> <p>Objectif épargne morphinique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analgésie: <ul style="list-style-type: none"> Antalgiques intraveineux + Techniques Locorégionales (ALR) : <ul style="list-style-type: none"> Initiation de préférence avant incision ALR centrales/périphériques/paroi en single shot ou en infusion continue par cathéter Ou + Alternative : <ul style="list-style-type: none"> Lidocaïne IVSE : chirurgies thoraco-abdominales lourdes ou en 1ère intention par voie -scopique - Anti-hyperalgésie <p>3/ Chirurgies minimales invasives</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ex : Résections coliques par laparoscopie <p>4/ Eviter la pose de drains</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sonde vésicale, sonde nasogastrique (SNG), redons chirurgicaux 	<p>1/ Analgésie multimodale</p> <p>Adaptée aux scores de douleur au repos et à la mobilisation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antalgiques par voie systémique - ALR <p>2/ Ablation précoce des drains</p> <p>3/ Diminuer l'iléus postopératoire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimisation du remplissage vasculaire - Reprise nutrition entérale avant H24 : tolérance réévaluée quotidiennement - Mastication de gommes - Ablation précoce de la SNG <p>4/ Mobilisation précoce</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rééducation fonctionnelle intense avec des objectifs quotidiens établis avec le patient - Fauteuil Premier lever <p>5/ Thrombophylaxie</p>

1. Предоперационный период

- Информация и обучение пациента
- Энтеральная оптимизация
- Кровесберегающая стратегия
- Тромбопрофилактика
- Премедикация: Да/ Нет?
- Профилактика инфекционного риска

2. Периоперационный период

- Анестезиологические протоколы
- Анальгетическая стратегия:
 - мультимодальная
 - оптимизированная
 - адаптированная к типу хирургии
- Минимально инвазивная техника
- Дренажи: избегать их постановку

3. Послеоперационный период

- Анальгезия : мультимодальная
адаптированная «покой/
движение»
- Раннее удаление дренажей, зондов,
катетеров...
- Профилактика пареза кишечника
- Ранняя активная мобилизация больного
- Профилактика ТЭО

ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА ПОСТОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

- ◆ ИСХОДНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО
- ◆ ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ВСЕ, ЧТО ОТ НЕГО ЖДАТЬ: ГОРМОНАЛЬНЫЙ И НЕЙРОГЕННЫЙ ОТВЕТ НА СТРЕСС + НАРУШЕННЫЙ **ВЭБ** + ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ОТВЕТ НА ХИРУРГИЧЕСКУЮ АГРЕССИЮ
- ◆ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ БОЛЬ
- ◆ ПАРЕЗ КИШЕЧНИКА*

* *В США «цена» пареза кишечника после обширных абдоминальных операций составляет 750 000 000 \$ в год*

РОЛЬ АНАЛЬГЕЗИИ

- ◆ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ:
осложнения сердечно-легочные; ТЭ;
когнитивные нарушения, хронизация боли...
- ◆ ПОСТОПЕРАЦИОННАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ: быстрая
мобилизация и раннее энтеральное питание
- ◆ МОНИТОРИНГ НОЦИЦЕПЦИИ !

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ

КАЧЕСТВО – ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ФАКТОР

будущего послеоперационного периода :

- развитие осложнений, в т.ч. хирургических ,
- восстановление транзита ЖКТ,
- хронизации ПОб,
- уровень и качество восстановительного периода,
- длительность госпитализации

ВАРИАНТЫ АНЕСТЕЗИИ

- СМА и морфиномиметики ?
- Анестетики с быстрой элиминацией.
- ПРЕМЕДИКАЦИЯ ? *Избегать: Diazépat, Kétamine ,
высокие дозы морфиномиметиков*
- ПЕРЕДОЗИРОВКА : избегать высоких доз ММ
- МОНИТОРИНГ: седации, кураризации,
ноцицепции
- СБАЛАНСИРОВАННАЯ АНЕСТЕЗИЯ
- ПРИОРИТЕТ ЛРА, МА , СА, ЭДА....

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ

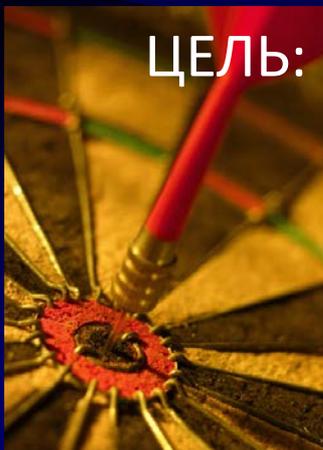
- БЕЗ ОПИОИДОВ ? : с оценкой боли!
- СМА
- ИНФИЛЬТРАЦИЯ МА
- **МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ:**
Paracétamol, НПВП, Nefopam, Tramadol,
Kétamine.



*ОПИОИДЫ при оценке боли: EVA,
EVS...*

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ

- АДЕКВАТНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ
- АНАЛЬГЕТИЧЕСКАЯ ЭСТАФЕТА ПОБ
- ПРЕДВИДЕТЬ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПОБ ?
- БЕЗ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ



ЦЕЛЬ:

*НЕ ДОПУСТИТЬ ЗАДЕРЖКУ
БОЛЬНОГО И/ИЛИ ПОВТОРНУЮ
ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ*

ПАРАДОКС ОПИОИДОВ

СО ОДНОВРЕМЕННО ЯВЛЯЮТСЯ:

- АНАЛЬГЕТИКАМИ
- ГИПЕРАЛЬГЕТИКАМИ
- ИММУНОМОДУЛЯТОРАМИ.



...гиперальгезия длится гораздо дольше, чем анальгезия.
(Célèrier E. et al., 2000)

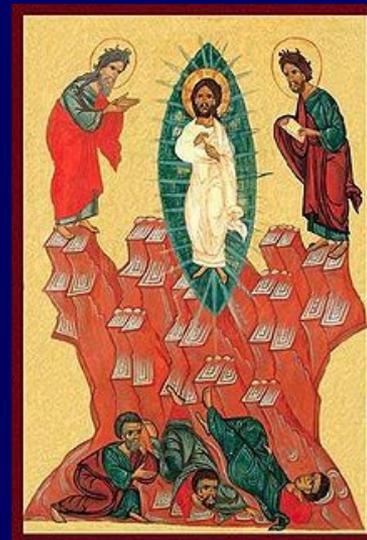
А



ГА



ПАРАДОКС ОПИОИДОВ



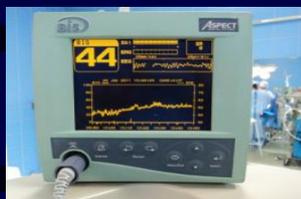
- Таким образом мы с вами применяем в нашей повседневной практике группу медикаментов, которые вызывают глубокую постоперационную гиперальгезию и хронизацию острой ПОб
- КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА
- ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ опиоидов многочисленны, разнообразны, нередко с серьезными последствиями, часто доза-зависимы и неспецифичны в послеоперационном периоде.

АКТУАЛЬНЫЙ ВОПРОС: ЧТО ДЕЛАТЬ?

- КАК УСТРАНИТЬ ЯТРОГЕННУЮ ГИПЕРАЛЬГЕЗИЮ?
- КАКИЕ МЕТОДЫ, СПОСОБЫ, СХЕМЫ, ПРОТОКОЛЫ.....???
- РОЛЬ ПРЕВЕНТИВНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ?
- ОГРАНИЧИТЬ ИЛИ ВО ВСЕ ОТМЕНИТЬ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВЫСОКИХ ДОЗ СО? .
- КАКОЙ КОНТРОЛЬ ЗА УРОВНЕМ НОЦИЦЕПЦИИ И ДОСТАТОЧНОСТИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ МОЖНО СЕГОДНЯ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ?

Мультимодальный мониторинг анестезии

Наркоз



Миорелаксация



Балансированная
анестезия

Антиноцицепция

АНТИГИПЕРАЛЬГЕЗИЯ



Контроль ноцицепции: какой?

- Объективный, в реальном времени
- Динамика в ответ на болевые стимулы
- Изменение интенсивности ноцицепции под воздействием анальгетиков
- Адаптация дозы анальгетиков, избегая «крайностей» (морфиномиметики !),
- ЧТО ОПАСНЕЙ: ПЕРЕДОЗИРОВКА?
НЕДОСТАТОК?

Контроль ноцицепции: цель

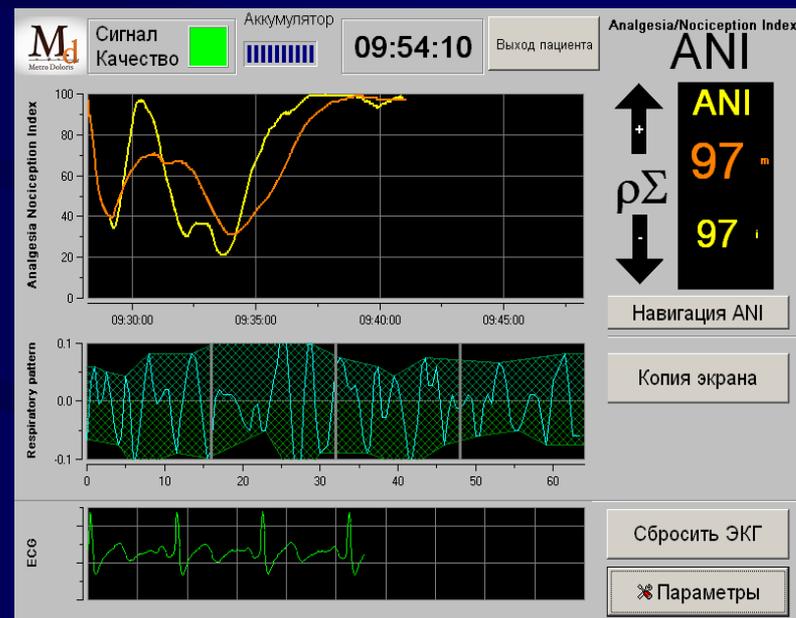
- Получить максимально необходимый анальгетический эффект
- при минимальных дозах анальгетиков
- с учётом индивидуальной чувствительности и потребности к ним
- без нежелательных эффектов или побочных реакций



КАЖДОМУ ПО ПОТРЕБНОСТИ !



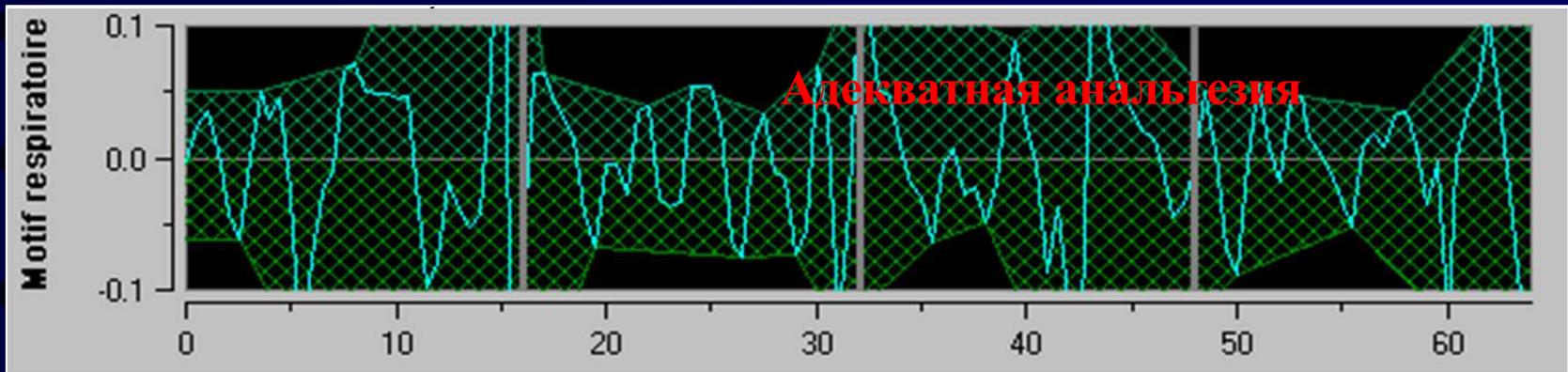
Периоперационный мониторинг анальгезии. Что нового в 2016 году?



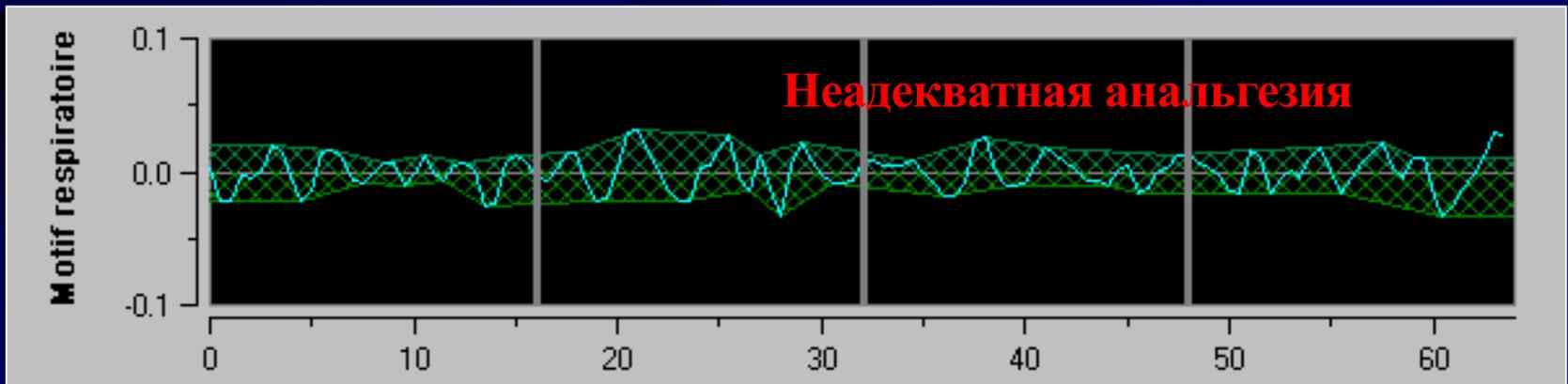
От ЭКГ до ANI



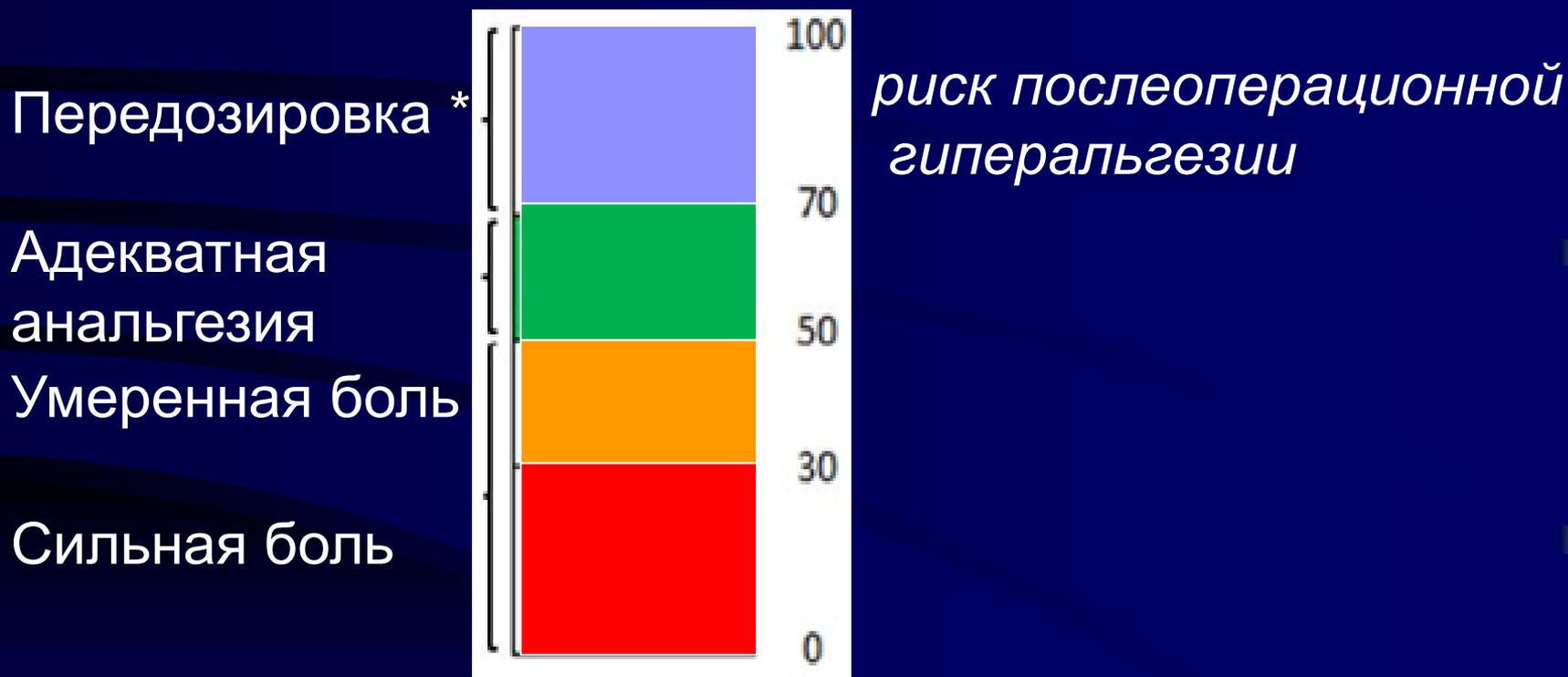
Высокий парасимпатический тонус



Низкий парасимпатический тонус

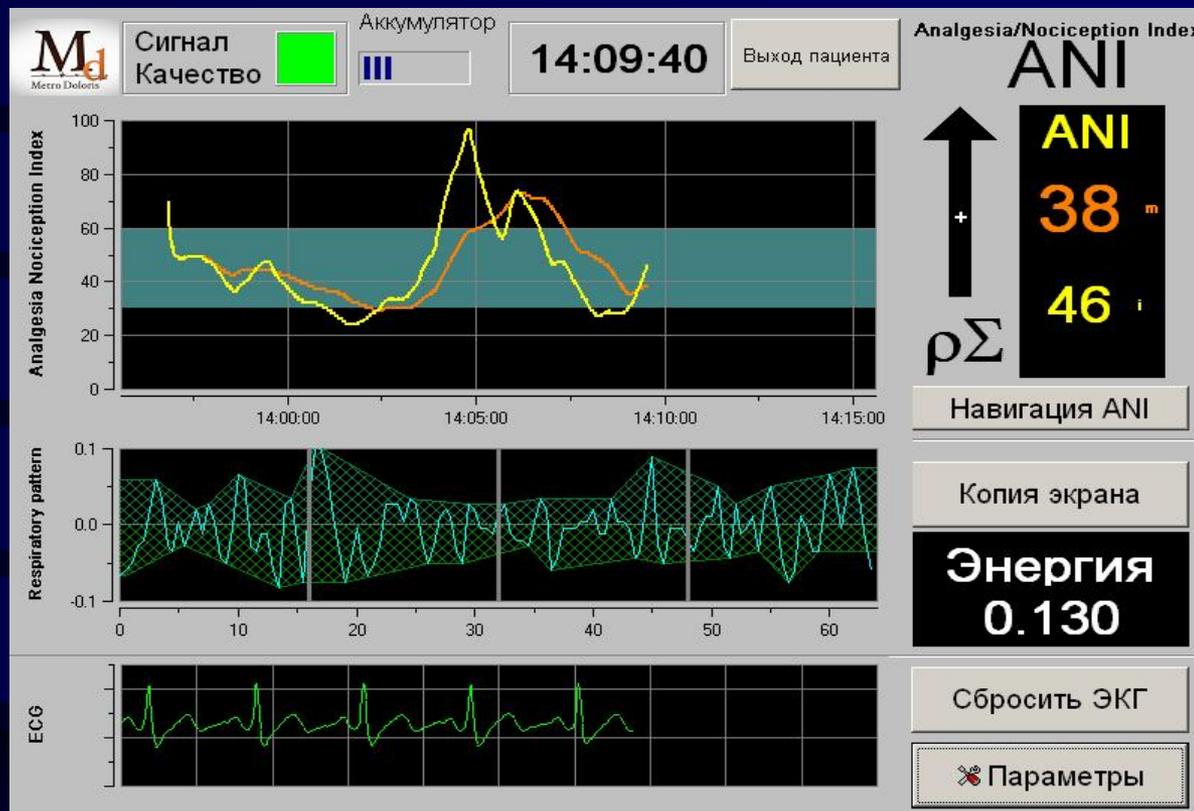


Интерпретация ANI



- Адекватность анальгезии
- Профилактика гипералгезии
- Дифференциальная диагностика АГТ

Пилотаж анестезии с мониторингом ANI



"Зелёный коридор" индекса

Эстафета анальгезии



На динамику болевого синдрома и послеоперационную реабилитацию положительно влияют:

- адекватное **периоперационное** обезболивание с плавным переходом в послеоперационную анальгезию;
- **отсутствие боли в течение первых 4-6 часов** после оперативного вмешательства.

ВОДНАЯ ПОДДЕРЖКА...

КОМПЕНСАЦИЯ ГОЛОДАНИЯ: ВОДА + ГЛЮКОЗА



снижает беспокойство, чувство голода и усталости, ПОТР, постоперационную инсулинорезистентность:

- вода 400ml + 50g глюкозы за 3 часа и/или
- G5 % перфузия за 6-8 часов до операции .

Hausel J. & al., A carbohydrate rich drink reduces preoperative discomfort in elective surgery patients, Anesth Analg 2001;93:1344-50

ИНФУЗИОННАЯ НАГРУЗКА



ЦЕЛЬ:

- ✓ адекватная перфузия тканей
- ✓ гемодинамический статус

ИНФУЗИОННАЯ НАГРУЗКА

«рестриктивная»

или

«либеральная»?



- ◆ « **restrictive standard** »: восполнение потерь с нейтральным водным балансом (клинические признаки)
- ◆ « **goal-directed fluid therapy** » с неинвазивным контролем гемодинамики (транспицевоидный доплер)

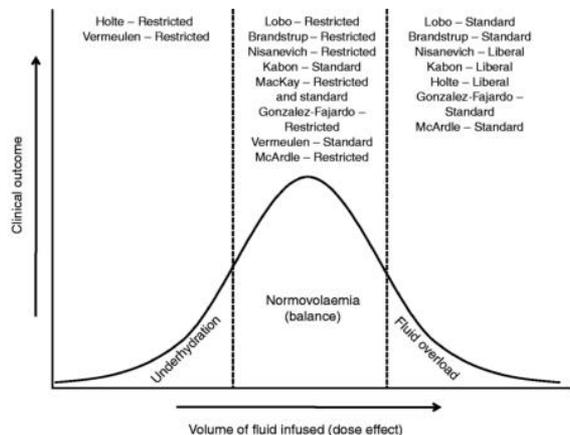
ПРЕДОПЕРАЦИОННОМУ ДЕФИЦИТУ ЖИДКОСТИ, агрессивной подготовке кишечника и «третьему сектору» придавали слишком большое значение.

- ПОСТОПЕРАЦИОННАЯ ВОДНАЯ НАГРУЗКА:
1,75 -2,75л/д (прибавка в весе не более 2,5 кг в первые сутки)



быстрая желудочная моторика, уменьшение пареза кишечника, снижение сердечно-легочных осложнений и лучшее заживление тканей, быстрее восстановление и короче госпитализация.

Meta analysis based on amount of fluid given



При условии без гиповолемии и анемии – источников многочисленных осложнений

ОСЛОЖНЕНИЯ

« Ça m'intéresse » article paru en novembre 2012

SANTÉ

Economies obligent, en 2016, une opération sur deux devrait se faire en ambulatoire

Sort-on trop tôt de l'hôpital ?

Les temps d'hospitalisation ont chuté en dix ans, grâce au progrès de la chirurgie et à une politique incitative. Une logique qui montre ses limites... Texte Isabelle Verbaere

КРОВОТЕЧЕНИЕ



Le grand boom des « patients boomerangs »

Sortis trop tôt, dans un état mal stabilisé, mal pris en charge à leur domicile, ces patients se retrouvent aux urgences. Des réseaux de santé efficaces en ville pourraient l'éviter, mais le budget qui leur est alloué baisse d'année en année...

БОЛЬ

ПОТР

Factors Contributing to a Prolonged Stay After Ambulatory Surgery

Frances Chung, FRCPC, and Gabor Mezei, MD, PhD

Anesth Analg 1999

16 411 б-х

АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

ПРОДЛЕНИЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

• БОЛЬ	+ 22%
• ПОТР	+ 25%
• ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ	+ 31%
• ДРОЖЬ	+ 12%
• СОНЛИВОСТЬ	+ 16%
• СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ	+ 23%

ПОТР

ФАКТОРЫ РИСКА: ШКАЛЫ APFEL и KOIVURANTA

ПРОФИЛАКТИКА: DEXAMÉTHASONE 4 à 8мг

SETRON + DROPERIDOL (при
высоком риске, при СМА);

ЛЕЧЕНИЕ:

SETRON (ZOPHREN) 4-8 мг

+/- DROPERIDOL 0,625-1,25мг

MÉTOCLOPRAMIDE: ?

ТЕРМИЧЕСКИЙ БАЛАНС

ГИПОТЕРМИЯ



ВАЗОСПАЗМ → ТКАНЕВАЯ ГИПОКСИЯ:



активность нейтрофилов (инфекция)



синтез коллагена (регенерация)

активность тромбоцитов,

озноб



сердечно-сосудистые осложнения.

ПРОФИЛАКТИКА ПАРЕЗА

- РАННИЙ ПРИЕМ ПИЩИ
- ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА

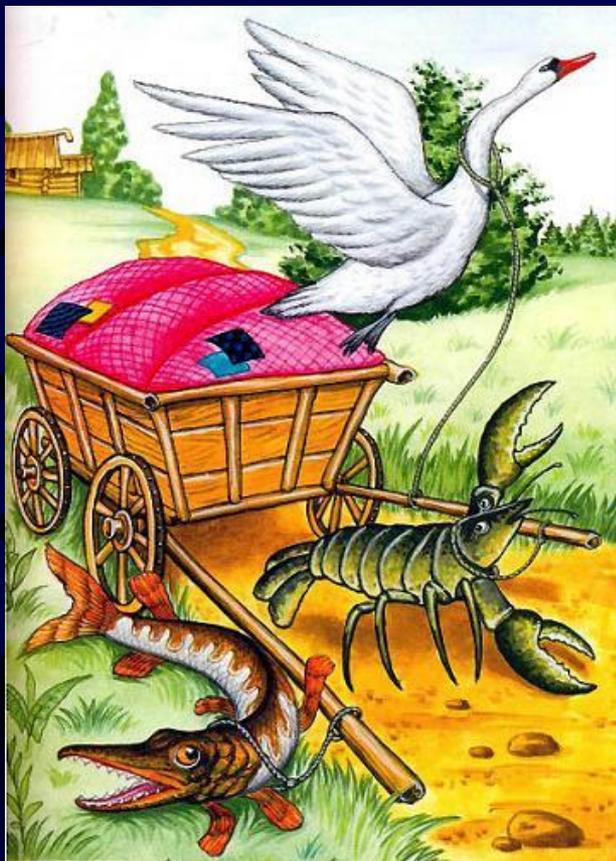
“When some of these techniques are combined as part of the concept of multimodal postoperative rehabilitation (fast-track surgery), the duration of POI after open or laparoscopic abdominal surgery can be reduced to 24-48 h in most patients. There is a need for data on the effect of these techniques on POI when applied to major upper abdominal surgeries and emergency abdominal operations (e.g. trauma, peritonitis, etc.)

Kehlet H (op.cit.)

ЧТО ЛИМИТИРУЕТ программу «РР»?

- НАБЛЮДЕНИЕ НА ДОМУ: подготовка пациента и преемственность
- Участковый врач – незаменимое звено !
- СРЕДНИЙ МП: подготовлен, мобильные бригады, госпитализация на дому?
- ТЕЛЕМЕДИЦИНА
- ОТБОР ПАЦИЕНТОВ: возраст,
одинокость

ПРОБЛЕМЫ...



- НИКАКИХ ИМПРОВИЗАЦИЙ
- СОТРУДНИЧЕСТВО !!!
- ОБСУЖДЕНИЕ
- КОНСЕНСУС
- ПРОТОКОЛ
- АУДИТ
- ДИНАМИКА

Take home message

«РР» не «One-man-chow»!



Leadership !

- ПРОЕКТ ОТДЕЛЕНИЯ
- ПРОЕКТ БОЛЬНИЦЫ

ПРОГРАММА РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

- ГАРАНТИЯ БЕЗОПАСНОСТИ, КАЧЕСТВА И КОМФОРТА
- МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОТОКОЛЫ
- БОРЬБА С ДОГМАМИ
- КРИТЕРИИ ВЫПИСКИ
- ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ



СОКРАТИТЬ ОСЛОЖНЕНИЯ
СОКРАТИТЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ
МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ РАВНОВЕСИЕ

КС ВО ФРАНЦИИ

- КС = МАЛОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО :

ПРОСТОЙ ПОП, БЫСТРОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ИСХОДНОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ, БЫСТРОЕ РАЗВИТИЕ МАТЕРИНСКИХ ЧУВСТВ, ВЫСОКОАЯ СТЕПЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ РОДИЛЬНИЦ

- СОКРАЩЕНИЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ: цель государственного здравоохранения ФР:



1к/день \approx 1500€

КС ВО ФРАНЦИИ

- 160 000 ОПЕРАЦИЙ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В ГОД.
- БОЛЬШИНСТВО ПЛАНОВЫХ ОПЕРАЦИЙ КС ВЫПОЛНЯЮТСЯ ПОД СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ:
 - ТЯЖЕЛЫЙ БУПИВАКАИН (10 +/- 2 мг)
 - + МОРФИН 0,1 мг (30%)
 - + СУФЕНТАНИЛОМ 2,5 -5 мкг (60%)
- КОМБИНАЦИЯ ВОДО- И ЖИРОРАСТВОРИМОГО ОПИОИДОВ ПОЗВОЛЯЕТ ПОЛУЧИТЬ ДЛИТЕЛЬНУЮ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННУЮ АНАЛЬГЕЗИЮ (до 24 часов)

КС ВО ФРАНЦИИ

ПРЕПЯТСТВИЯ ДЛЯ РРКС

- **ОЩУЩЕНИЕ «ПОТЕРИ КАЧЕСТВА»:**
данные анкет противоречивые
- **СОЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ**
- **НАБЛЮДЕНИЕ ПЕДИАТРА ПОСЛЕ ВЫПИСКИ**
 - Возможно на дому HAD/SF libérales (traçabilité)
- **СОПРОТИВЛЕНИЕ К ПЕРЕМЕНАМ**

КРИТЕРИИ ДЛЯ РРКС

- НЕОСЛОЖНЁННАЯ ОПЕРАЦИЯ КС
- ПЛАНОВАЯ ИЛИ ЭКСТРЕННАЯ
- ASA 1-2
- СПИНАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ к РРКС :

- МАТЕРИНСКАЯ ПАТОЛОГИЯ, ТРЕБУЮЩАЯ НЕПРЕРЫВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДИУРЕЗОМ И/ИЛИ ПОСТОЯННОЙ ПЕРФУЗИИ (ОСТРАЯ ИЛИ ХРОНИЧЕСКАЯ)
- ВЫСОКИЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ РИСК
- ASA > 2
- ОТКАЗ ПАЦИЕНТКИ ОТ РР
- ВОЗРАСТ < 18 ЛЕТ ?

АНАЛЬГЕЗИЯ

- МОРФИН СМА (86%)

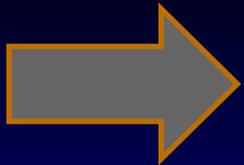
Качественное обезболивание:

ANI > 50 в течение 12-24 часа

Побочные эффекты: тошнота

зуд и рвота (зависят от дозы)

Депрессия дыхания < 1%



МУЛЬТИМОДАЛЬНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

АНАЛЬГЕЗИЯ

- НЕОПИОИДНЫЕ АНАЛЬГЕТИКИ  PER OS
- МЕСТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ТКАНЕЙ:

Подкожная инфильтрация (КТ?)

ТАР-BLOC (Transversus Abdominis Plane)*:

- менее эффективен, чем опиоиды СМА
- меньше побочных эффектов (ПОТР)

- ОПИОИДЫ PER OS:

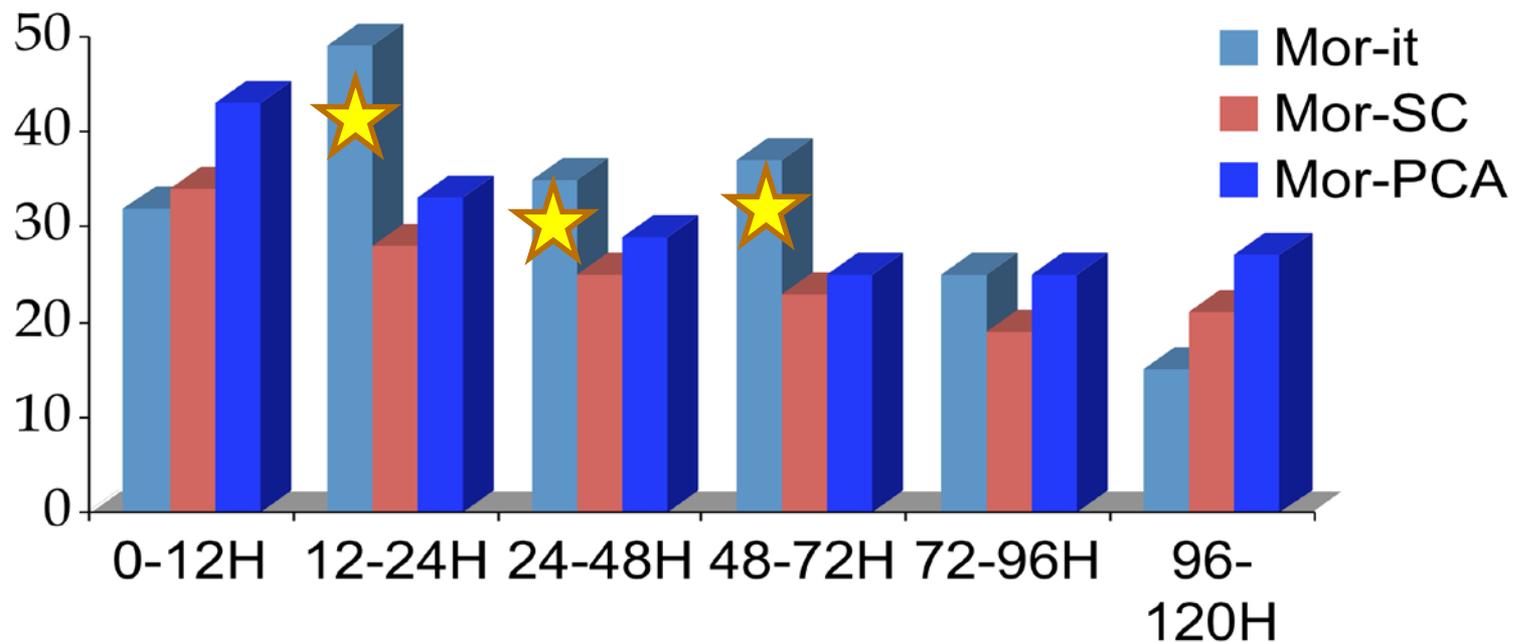


PCOA: patient controlled oral analgesia

Evaluation douleur après césarienne

Оценка послеоперационной боли

ВАШ (mm) при движении



Послеоперационное обезболивание и ранняя реабилитация

- МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ

НЕОПИОИДНЫЕ АНАЛЬГЕТИКИ: СИСТЕМАТИЧЕСКИ,
РЕГУЛЯРНО, ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ИНТЕРВАЛЫ

- МОРФИНОМИМЕТИКИ = дополнение, по
возможности - ОРАЛЬНЫЙ ПРИЕМ (РСАО)

- СНИЖЕНИЕ ДОЗЫ ОПИОИДОВ ПОЗВОЛЯЕТ
УМЕНЬШИТЬ ИХ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ

- ПРОФИЛАКТИКА ПОТР СИСТЕМАТИЧЕСКИМ ВВЕДЕНИЕМ
ДЕКСАМЕТАЗОНА (4-8 мг) И/ИЛИ ДРОПЕРИДОЛА (0,625-1,25 мг)

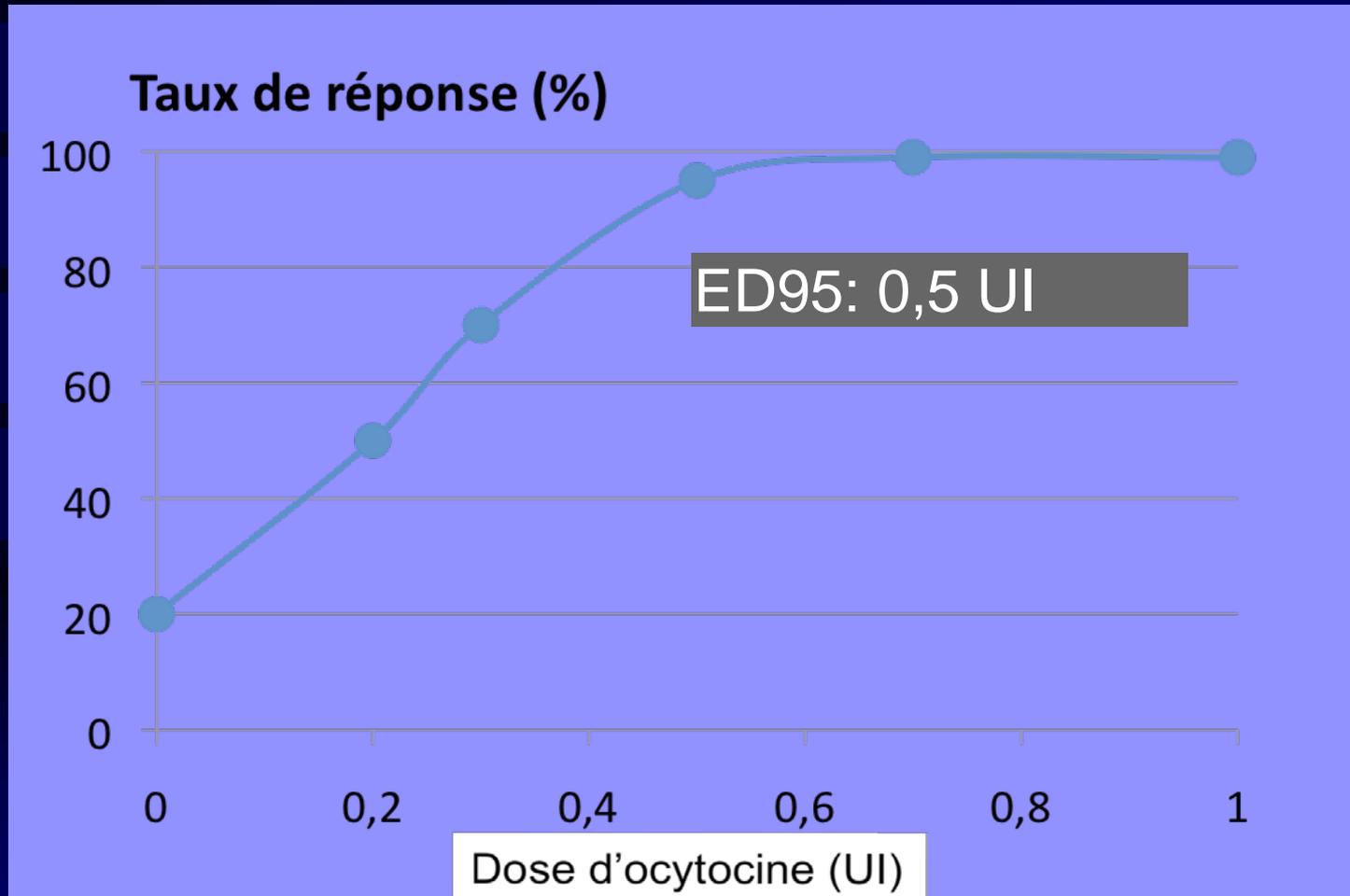
- ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧИ:
СНИЖЕНИЕ ОБЪЕМА ПОСЛЕОПРЕРАЦИОННОЙ ПЕРФУЗИИ, ОТКАЗ
ОТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ФОРСИРОВАННОЙ ПЕРФУЗИИ ПРИ СМА

УТЕРОТОНИКИ

- **SYNTOCINON[®]** (Окситоцин)
 - Достаточная периоперационная доза: 5 UI
 - Поддерживающая перфузия: доза?
длительность?
 - до 30 UI в течение 4 часов*
- **CARVETOCINE (PABAL[®])**
 - Период полувыведения 40 мин.
 - Единая инъекция 100 мкг, эффективность и побочные явления идентичны
 - Цена !

Oxytocin requirements at cesarean delivery: a dose- finding study

Carvalho JCA et al, Obstet Gynecol 2004;104:1005-10



КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- 3-10% инфекции МП / день катетеризации*
- Боязнь острой задержки мочи связана с :
 - Дозой МА при СМА
 - Объемом в/в перфузии
 - Видом и дозой опиоидов при СМА
 - Дозой опиоидов в ПОП
 - Длительной иммобилизацией пациентки

Indwelling urinary catheters in cesarean delivery

Ghoreishi J. Int J Gynecol Obstet 2003;83: 267-70

n = 135 x 2	БЕЗ КАТЕТЕРА	КАТЕТЕР СИСТЕМАТИЧЕСКИ
Спонтанный диурез •5-8 Н post-op •8-11Н post-op	41 % 42 %	- -
Потребность в катетере	4,4 % (экстренные КС)	-
Дискомфорт при первой микции (%)	8	93
Госпитализация (h)	46	64

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

- При приеме пищи до 6 часов ПОП:
 - Негативные эффекты не отмечены
 - Не возникают жалобы на жажду и голод

Crawford JS. Obstetric Anesthesia Digest 1988 (editorial)

[... разрешить прием пищи какую они хотят и когда они этого пожелают. Большинство наших пациенток принимали по меньшей мере один раз легкую пищу в течение первых двух часов во время пребывания в зале послеоперационного наблюдения. За 20 лет мы практически не наблюдали послеоперационный парез кишечника ...]

Interventions for preventing nausea and vomiting in women undergoing regional anaesthesia for caesarean section

Griffiths JD et al, Cochrane Database 2012--CD007579

● Sétrons снижают

периперационную тошноту: RR: 0,64

послеперационную тошноту : RR:0,4

послеперационную рвоту : RR:0,5

периперационную рвоту : RR:0,5 NS

● Dropéridol и métoclopramide снижают:

периперационную тошноту: RR:0,38

периперационную рвоту : RR:0,39

послеперационную тошноту : RR:0,6

послеперационную рвоту : RR:0,6

Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants

Moore ER et al, Cochrane Database Syst Rev 2007-CD003519

- 30 études incluant 1925 couples mère-enfant
- показали преимущества раннего контакта
 - период первого крика более короткий
 - % грудного вскармливания(1 à 4 mois): OR 1,8
 - продолжительность грудного вскармливания (средняя + 42 дня)
 - ласковые материнские жесты к младенцу
 - признаки материнской привязанности
 - недоношенные «легкой степени»: лучшая кардио-респираторная стабильность

ПРЕДЛАГАЕМЫЙ ПРОТОКОЛ

- ЗАЛ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО НАБЛЮДЕНИЯ:
 - Два часа
 - Анальгетики в/в: ТРАМАДОЛ, НПВП, НЕФОПАМ
 - МА: ТАР-блок (Naropaine)*
- ЗАТЕМ:
 - Удаление катетера МП
 - Прекращение перфузии (обтурация венозного КТ)
 - Первый прием жидкости per os
 - Перевод в отделение

ПРЕДЛАГАЕМЫЙ ПРОТОКОЛ

- ЧЕРЕЗ 6 ЧАСОВ после операции:
 - Приём пищи
 - Первый подъём (возможен через 3 часа ПОП)
 - Анальгетики per os:
 - paracetamol, nefopam, ketoprofen
 - Гастропротекторы
 - Традиционное наблюдение
 - Анкета качества

Послеоперационные назначения

PRESCRIPTIONS POST-OPÉRATOIRES des 24 premières heures

ANESTHÉSISTE : _____ **CHIRURGIEN :** _____

Type d'anesthésie : Anesthésie Générale Rachianesthésie Péridurale
 TAP bloc bilatéral : oui non

Morphine périmédullaire : _____ (mg)(µg) à _____ h _____ min.

SURVEILLANCE :

- TA, FC, FR, Température, EVA
- Tonicité utérine, Saignement, Redon
- Récupération sensitivo-motrice des membres inférieurs
- Diurèse toutes les 8 heures
- Autres _____

} Toutes les 15 minutes pendant 2 heures, puis toutes les 4 heures.

	RÉHABILITATION	<input type="checkbox"/> PAS DE RÉHABILITATION
PERFUSION	Sérum salé isotonique 0,9% 250 mL sur 4 heures (jusqu'à H6).	Bio.G5% : _____ /24H
SYNTOCINON	10 UI / perfusion ci-dessus sur 4 heures.	10 UI dans les 2 premiers flacons de 500 mL puis 5 UI / 500 mL pendant 24 H
DEPERFUSION	à H6, maintien pour les 24 premières heures d'une voie veineuse périphérique avec prolongateur purgé au sérum salé à 0,9%	
ANTALGIQUE :		
<input type="checkbox"/> Paracétamol	1 g x 4/24H (PO)	1 g x 4 / 24 H (IVL)
<input type="checkbox"/> Kétoprofène	50 mg x 4 / 24H (PO)	50 mg x 4 / 24H (IVL)
<input type="checkbox"/> Néfopam :	1 amp. Sur un sucre x4/24h (PO), si insuffisant donner 2 amp./ 8H	_____ mg / 24 H (IVSE)
<input type="checkbox"/> Tramadol	50 mg x 4 / 24 H (PO)	50 mg x 4 / 24 H (IVL)
Morphine	10 mg : 4 à 6 fois /24 H (PO) à commencer _____ heures après morphine périmédullaire.	10 mg : 4 à 6 fois /24 H (s/c) à commencer _____ heures après morphine périmédullaire
SONDE VESICALE	Ablation à H6	Ablation à H 24
BOISSONS	Dès H2	
REALIMENTATION	Dès H6 : bouillon, yaourt, compote.	
LEVER	Précoce à H6.	A H24.

ANTICOAGULANT :

- FRAGMINE _____ 1 injection sous cutanée / 24 h.
- Début _____ heures après le retrait du cathéter de péridurale

AUTRES TRAITEMENTS :

BILAN :

- J2 : NFS – Plaquettes, puis plaquettes 2 fois par semaine.
- _____

Annexe 01/09 - MAJ 01/2014

A voir par ARE à J1 SIGNATURE

ДЛЯ РАЗВИТИЯ ПРОГРАММЫ «РРКС»*

- ОГРАНИЧИТЬ ИНВАЗИВНЫЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ (КАТЕТЕРИЗАЦИЯ МП, В/В ПЕРФУЗИЯ)
- СОДЕЙСТВОВАТЬ РАННЕМУ ПРИЕМУ ЖИДКОСТИ И ПИЩИ
- АДЕКВАТНАЯ МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ АНАЛГЕЗИЯ
- ПРОФИЛАКТИКА ПОТР
- *Ранняя Реабилитация после Кесарева Сечения

РОЛЬ ХИРУРГИИ

- ◆ МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ
- ◆ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА
- ◆ ИЗМЕНЕНИЕ «ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ» ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

◆ РАЗВИТИЕ ПРОГРАММЫ «РР»:

- ✓ ИЗМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ НЕОБХОДИМО И ВОЗМОЖНО!
- ✓ **БОРЬБА С ДОГМАМИ**
- ✓ СОБЛЮДЕНИЕ УТВЕРЖДЕННЫХ ПРОТОКОЛОВ

◆ МОТИВАЦИЯ КОЛЛЕКТИВА:

- ✓ ОБЩАЯ ЦЕЛЬ, ПОДГОТОВКА, АУДИТ
- ✓ ХИРУРГИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИ, СРЕДНИЙ ПЕРСОНАЛ, ДИЕТОЛОГИ, АДМИНИСТРАТОРЫ.... **ТОЛЬКО ВСЕ ВМЕСТЕ!**

◆ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

- ◆ **ФИНАНСОВЫЕ РАСХОДЫ** НА ПРОГРАММУ ДОСТАТОЧНО БЫСТРО ОКУПАЮТСЯ*

Благодарю за внимание!



ВОПРОСЫ???



Я КОНЦЕНТРИРУЮСЬ НА ЦЕЛИ И ЗАБЫВАЮ,
ЧТО ВОКРУГ....



ПРОГРАММА УЛУЧШЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

- ❑ Мультимодальная и межпрофессиональная концепция
- ❑ Снижение хирургического стресса
- ❑ Периоперационная поддержка гомеостаза
- ❑ Нейтральная периоперационная гидратация
- ❑ Быстрое физическое и психологическое восстановление
- ❑ Уменьшение доз морфиномиметиков