

Мультимодальная стратегия ведения периоперационного периода при абдоминальном родоразрешении.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН
ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СОВЕТ ПО ВНЕДРЕНИЮ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ

АИ
о внедрении (в
предм.

№ 17-760

Организация, разработчик предложения
центр, г. Хасавюрт

Название предложения Ведение род
родоразрешении по современной мул

Предложение внедрено и используется в

Ответственный исполнитель (автор)

Соисполнители (соавторы) Нурмаз

Первый заместитель Министра
Здравоохранения РД

Председатель Совета
профессор

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН
ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СОВЕТ ПО ВНЕДРЕНИЮ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ

АКТ
о внедрении (исполь
предложени

№ 17-756

Организация, разработчик предложения ГБУ

Название предложения Ведение родильн
родоразрешении по современной мультим

Предложение внедрено и используется в

Ответственный исполнитель (автор) М

Соисполнители (соавторы) Гаджиева З.И.
Гаджимурод

Первый заместитель Министра
Здравоохранения РД

Председатель Совета
профессор

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН
ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СОВЕТ ПО ВНЕДРЕНИЮ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ

АКТ
о внедрении (использ
предложения

№ 16-724

Организация, разработчик предложения

Название предложения Ведение родильниц при
по современной мультимодальной концепции «fast-track»

Предложение внедрено и используется в Род

Ответственный исполнитель (автор) М

Соисполнители (соавторы) Омарова Н.С.

Первый заместитель Министра
Здравоохранения РД

Председатель Совета
профессор

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН
ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СОВЕТ ПО ВНЕДРЕНИЮ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ

АКТ
о внедрении (использовании)
предложения

№ 17-760 с « 23 » 06 2017 г.

Организация, разработчик предложения Республиканский перинатальный
центр, г. Хасавюрт

Название предложения Ведение родильниц при абдоминальном
родоразрешении по современной мультимодальной концепции «fast-track»

Предложение внедрено и используется в РПЦ с « 12 » 03 2017 г.

Ответственный исполнитель (автор) Меджидова Д.Р.

Соисполнители (соавторы) Нурмагомедова С.С., Гаджиева А.Б.

Первый заместитель Министра
Здравоохранения РД Ф.А. Габулаева

Председатель Совета
профессор А-Г.Д. Алиева

Кафедра акушерства и
гинекологии ФПК и ППС ИДПО.
Доцент кафедры Меджидова Д.Р.

Кесарево сечение —одна из самых распространенных родоразрешающих операции применяемых в акушерстве

Частота кесарева сечения в последнее десятилетие возросла и составляет от 10 до 25% от всех родов.

Частота интра- и послеоперационных осложнений - 20-47,7 %



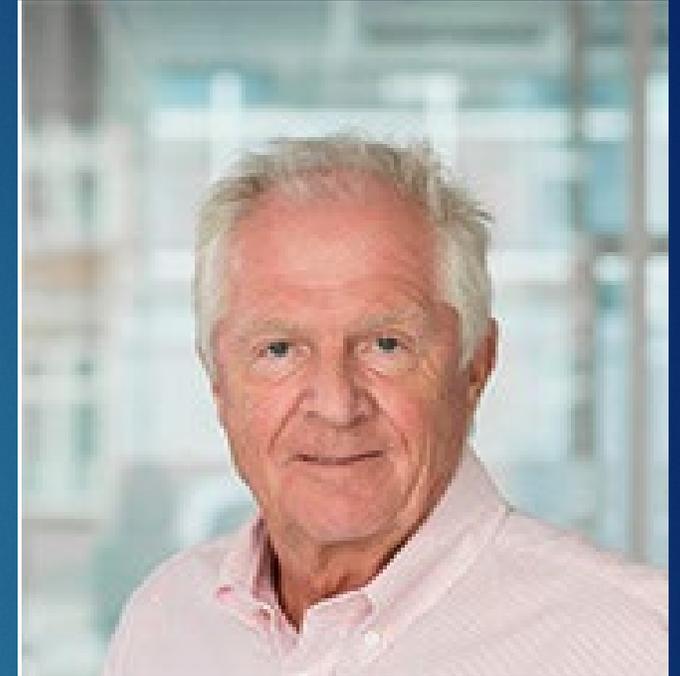
Стрессовый фактор абдоминального родоразрешения оказывает неблагоприятный эффект на нейрогуморальные реакции, вызывает нарушения иммунологической регуляции что приводит к инфекционным послеоперационным осложнениям а также нарушает адаптацию новорожденного.



Хирургическая травма вызывает взаимосвязанный метаболический, гормональный и гемодинамический ответ . Эта реакция организма на оперативное вмешательство реализуется через каскады биологически активных веществ, то есть, по сути, является синдромом системной воспалительной реакции (ССВР).

В последние годы в клиническую практику, в частности в хирургию, активно внедряется концепция «Fast-track Surgery», автором ее считается датский анестезиолог-реаниматолог Henrik Kehlet, который на основании изучения патофизиологических механизмов предложил использовать многокомпонентную систему мер, направленных на снижение стрессовой реакции организма на хирургическую травму .

В то же время появилась концепция Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) – «ускоренное восстановление после хирургических операций».



В русскоязычной литературе своего общепризнанного термина нет, Российское общество хирургов и Междисциплинарное научное хирургическое общество «Фаст-Трак», на XIX съезде эндоскопических хирургов России в феврале 2016 года предложили обозначать новую концепцию как **программу ускоренного выздоровления пациентов (ПУВ)**, которая предусматривает минимизацию стрессового воздействия хирургического лечения на организм пациента на всех этапах периоперационного периода.

Этапы периоперационной стратегии по программе ускоренного восстановления « ПУВ»

Предоперационный период:

информирование и обучение пациента,

-отказ от подготовки кишечника,

-отказ от голодания, использование пищевых углеводных смесей,

-профилактика тромбозмболических осложнений

Интраоперационный период:

-антибиотикопрофилактика,

-регионарная анальгезия, анестетики короткого действия,

-ограничение периоперационной инфузионной терапии,

-отказ от рутинной назогастральной интубации,

-нормотермия,

-отказ от использования дренажей

Послеоперационный период:

-эффективное обезболивание, неопиоидные пероральные анальгетики,

-профилактика тошноты и рвоты,

-ранняя мобилизация,

-раннее энтеральное питание.

**Что мы можем сделать
до операции?**



ИНФОРМИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТА

Рассказать пациенту , что его ожидает

Призвать пациента сотрудничать с нами

Снизить тревогу и потребность в анальгезии

Рассказать пациенту о его роли в восстановлении после операции

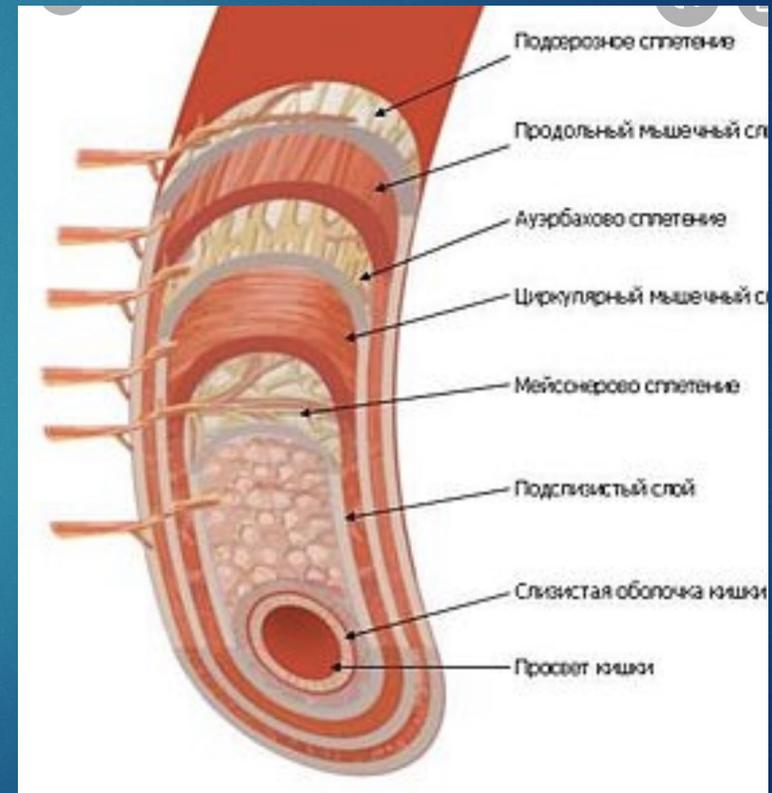
Исключить курение и алкоголь

ОТКАЗ ОТ ПОДГОТОВКИ КИШЕЧНИКА ДО ОПЕРАЦИИ.

Механическая очистка кишечника может приводить к дегидратации и электролитным нарушениям, а также вызывает воспалительные изменения стенки кишечника

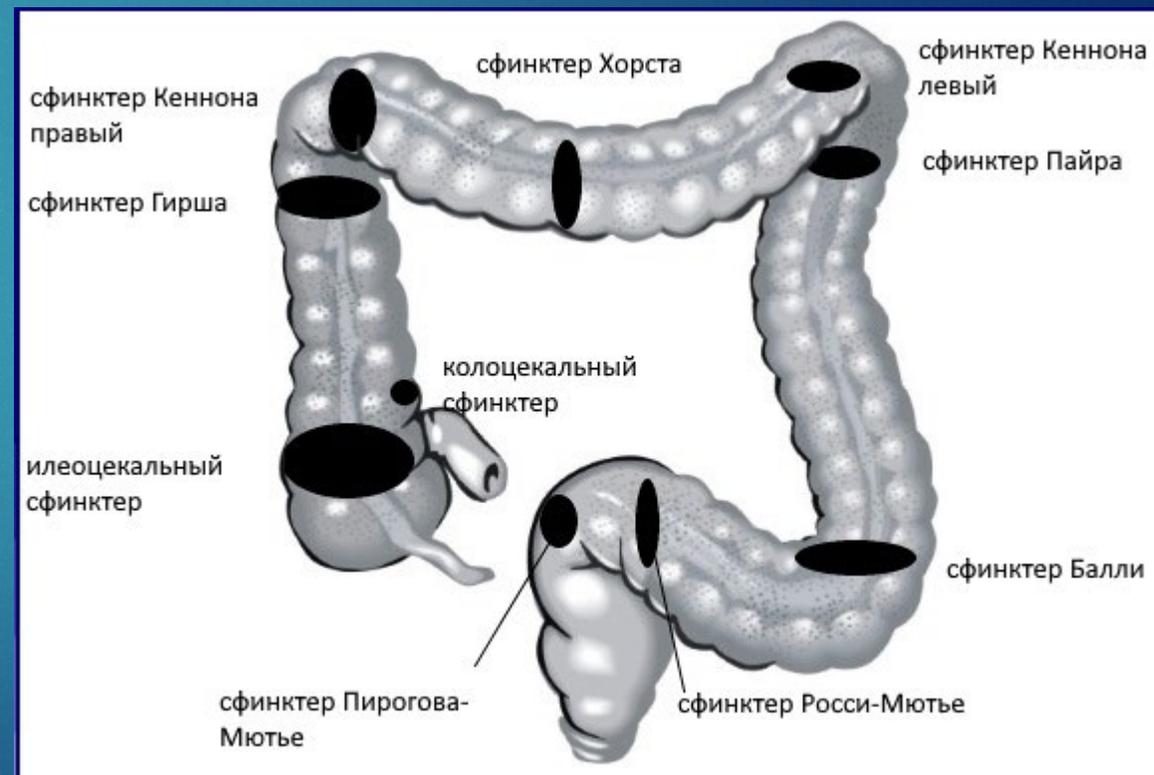
Очистительные клизмы способствуют опорожнению толстой, но не обеспечивают очищения тонкой кишки.

Во время постановки клизмы повышается внутрипросветное давление в толстой кишке, происходит локальное раздражение ее барорецепторов, что приводит к дискоординации перистальтики кишечника, спазму одних отделов и расширению других.



В первую очередь состояние спазма наблюдается в анатомических сфинктерах, в том числе в зоне илеоцекального угла, при этом развивается баугинео спазм, который препятствует эвакуации кишечного содержимого из тонкой кишки в толстую

Таким образом, еще до операции создаются неблагоприятные условия для нормального функционирования кишечника



ОГРАНИЧЕНИЕ ПРИЕМА ПИЩИ



Предоперационное голодание:

- последний прием твердой пищи за 6 часов до кесарева сечения ;
- последний прием прозрачной жидкости за 2 часа до КС.

Прием напитков с повышенным содержанием углеводов без твердых компонентов за 2 часа до КС, снижает послеоперационный катаболизм, инсулинорезистентность, снижает частоту возникновения ПОТР.

Рекомендуется прием 45 грамм углеводов.

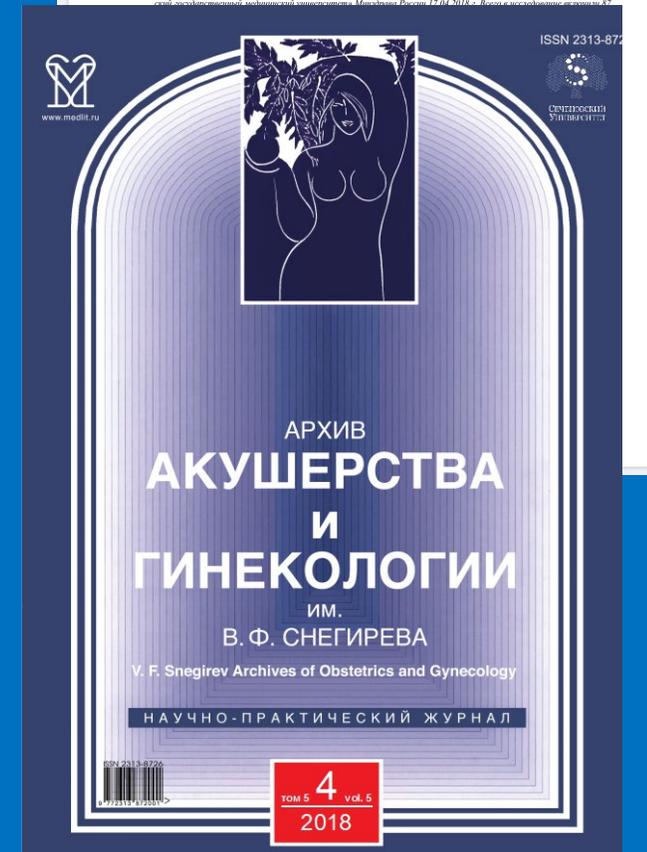
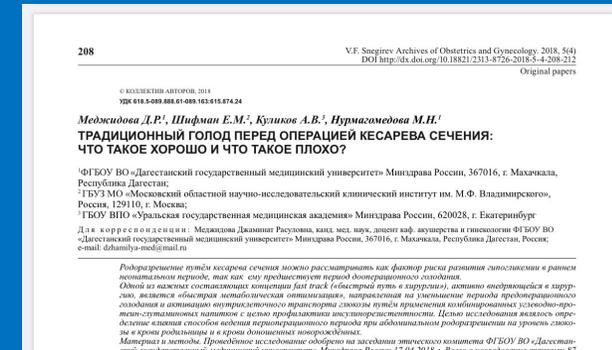
Концентрация глюкозы в крови доношенных новорождённых тесно взаимосвязана со способом ведения периоперационного периода при КС.

Сравнение уровня глюкозы в крови новорождённого после рождения в данном исследовании подтвердили, что уровень глюкозы в крови плода практически целиком зависит от уровня глюкозы в крови матери.

Существенно снижена концентрация глюкозы при ведении предоперационного периода без перорального применения изоосмолярных углеводных смесей.

Лучшие результаты получены у новорождённых, матери которых принимали углеводный напиток за 2 ч. до операции.

Ведение периоперационного периода у женщин по концепции ПУВ позволяет снизить риск развития гипогликемии у новорождённых детей в раннем неонатальном периоде при абдоминальном родоразрешении.



антибиотикопрофилактика

Целью назначения антибактериальных препаратов перед операцией является создание достаточной концентрации препаратов в крови и тканях, до момента возможной микробной контаминации.

Однократное введение за 1 час или 30 мин до начала операции антибактериального препарата.

Если длительность вмешательства превышает два периода полувыведения антибактериального препарата и в случае массивной кровопотери, необходимо введение повторной дозы.

**Что мы можем сделать
вовремя операции?**



АНЕСТЕЗИЯ

Эффективным способом снижения количества препаратов, угнетающих нервную систему, является применение в общей хирургии перидуральной и спинальной анестезии, т. е. регионарных ее методов.

Преимущества этого вида обезболивания очевидны, к ним относят: снижение риска и частоты тромбоэмболических осложнений, инфаркта миокарда, дыхательных осложнений и почечной недостаточности, ускорение разрешения послеоперационного пареза кишечника.

При проведении такой анестезии уменьшаются даже потребность в переливании крови и снижается количество инфекционных осложнений.

ОПТИМИЗАЦИЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ:

Инфузионная терапия менее 3000мл при рутинной операции КС

Необходимый объем инфузионной терапии не может быть с практической точностью установлен заранее.

Рутинные методы определения качественного и количественного состава интраоперационного инфузионного лечения могут приводить к распространенным в практике девиациям в виде гипер- и гиповолемии.

Оценка волевических нарушений в периоперационном периоде оперативного родоразрешения остается все еще не решенной задачей.

Ljungqvist O. Modulating postoperative insulin resistance by preoperative carbohydrate loading.- Best Pract. Res. Clin. Anaesthesiol. 2009;23(4):401–

409.;Svanfeldt M., Thorell A., Hausel J., et.al.-Br.J.Surg. 2007;94:1342-1350.

Обеспечение интраоперационной нормотермии

Во время операции необходимо поддерживать режим нормотермии с помощью:

специальных систем обогрева

переливания теплых растворов

Мониторинг температуры !



Осложнения связанные с периоперационной гипотермией.

Увеличение объема интраоперационной кровопотери

Повышение риска развития раневой инфекции в послеоперационном периоде

Снижение заживления послеоперационных ран

Развитие послеоперационной холодовой дрожи.

Дренирование ран и полостей - старая , даже древняя хирургическая традиция.

Пациенты негативно воспринимают дренажи, так как их нахождение в ране провоцируют боль, а также ограничивает подвижность.

Результаты многих исследований показывают, что дренирование ран не уменьшает риск несостоятельности швов анастомоза и не снижает смертность, а , наоборот, увеличивает длительность операции, время нахождения больного в стационаре и количество осложнений

**Что мы можем сделать
после операции?**



АДЕКВАТНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

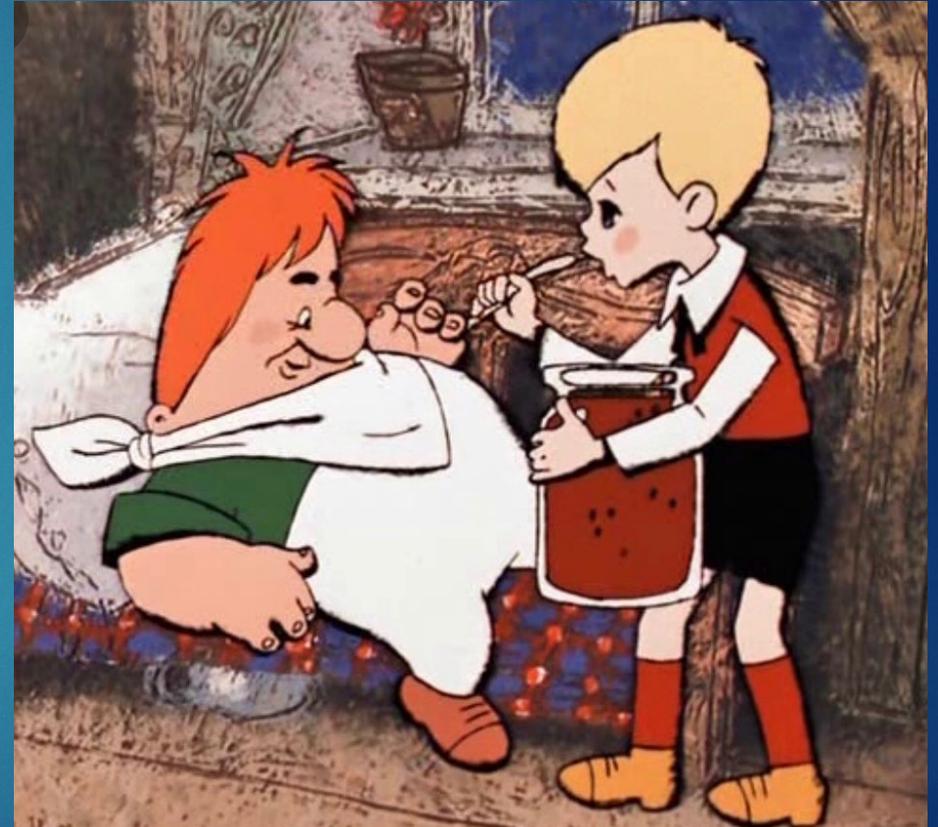
Использование в качестве альтернативы перидуральной анестезии обеспечивает

- удовлетворительный обезболивающий эффект,
- уменьшает число случаев тошноты и рвоты,
- количество послеоперационных осложнений.

Заместить анальгетическое действие наркотических препаратов или дополнить его с целью снижения суммарной дозы вводимого анальгетика может применение НПВП и селективных ингибиторов циклооксигеназы 2 (парацетамол).

В многочисленных исследованиях доказано, что парентеральное питание сопровождается увеличением септических осложнений.

Раннее же введение нутриентов способствует поддержанию функциональной и структурной целостности кишечного эпителия, синтезу IgA лимфоидной тканью, уменьшению транслокации бактерий; число инфекционных осложнений при этом снижается.



Раннее удаление мочевого катетера можно отнести к элементам активизации пациента.

Длительное наличие мочевого катетера увеличивает риск развития мочевой инфекции, препятствует ранней мобилизации.

Если пациент способен контролировать тазовые функции, то удаление мочевого катетера возможно уже в первые сутки после операции .

Ранняя активизация:

- снижается мышечная усталость
- снижается риск тромбоза
- повышается функция дыхания
- повышается тканевая оксигенация



ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ к ПУВ

1. Тяжелая преэклампсия
2. Кровотечение до, во время операции или раннем послеоперационном периоде
3. Технические сложности во время операции, расширение объема.
4. Тяжелая соматическая патология
5. Хориоамнионит
6. Гонорея или хламидиоз во время беременности
7. Трихомониаз при беременности
8. Подтвержденная колонизация стрептококками группы В

Одна из основных целей, на которые направлена ПУВ –
Снижение длительности пребывания пациента в стационаре после операции.

Этот критерий является одним из основных в оценке эффективности мероприятий, проводимых в рамках протокола-ПУВ

Вопрос о сроке послеоперационного пребывания в стационаре и критериях выписки следует обсудить с пациентом на догоспитальном этапе.

Это позволяет оптимизировать ожидания пациента, выяснить особенности бытовых условий, обеспечить возможность ухода на дому и подготовиться к выписке в определенные сроки.

Применение в клинической практике ПУВ при выполнении операции кесарево сечение имеет огромное практическое значение .

Оно позволяет уменьшить стоимость лечения и минимизировать распространение внутрибольничной инфекции

Правильный выбор пациентов группы низкого риска позволит исключить увеличение интра- и послеоперационных осложнений.

Важно также при использовании ПУВ учитывать влияние данной методики на процессы адаптации новорожденного, постнатальную заболеваемость и смертность.