

Использование новой программы у пациентов с тяжёлыми хирургическими и онкологическими заболеваниями в Лечебно-реабилитационном центре Минздрава России сокращает сроки реабилитации и снижает затраты на лечение.

### Концепция Хенрика Келета

На сегодняшний день результаты хирургических вмешательств на органах брюшной полости – несмотря на значительное улучшение их в последние годы – остаются далеко не удовлетворительными. Даже в крупных специализированных центрах летальность после вмешательств на поджелудочной железе, прямой кишке, печени, желудке достигает 3-5%. До трети больных страдает от тяжёлых хирургических осложнений, особенно после операций на поджелудочной железе и ободочной кишке. Они требуют длительного восстановления и реабилитации, не могут своевременно начать химиотерапевтическое лечение.

Всё это тяжёлым бременем ложится не только на больных, но и на систему здравоохранения в целом. С одной стороны, современная хирургия и анестезиология позволяют выполнять обширные и длительные операции. С другой – выполнение трудных операций сопровождается большой нагрузкой на медицинский персонал, на родственников оперированных пациентов, влияет на их дальнейшее качество жизни. К сожалению, во многих хирургических центрах переход к периоперационному ведению больных до сих пор переменчив, большинство из этих подходов не является строго доказательными. Как правило, речь идет о клинических предпочтениях определённой школы в конкретном учреждении.

При анализе этой ситуации ещё в 90-е годы прошлого столетия была высказана идея, что принципиального улучшения ближайших результатов подобных комплексных вмешательств можно добиться благодаря концентрации пациентов в специализированных центрах, где результаты улучшаются за счёт стандартизации тактики ведения.

Эффективность оперативного лечения больных удалось повысить за счёт не только новых щадящих вариантов операций, но и ранней реабилитации пациентов. Основателем новой концепции, которая получила название Fast Track Surgery (FTS – хирургия быстрого восстановления) или Enhanced Recovery After Surgery (ERAS – ускорение выздоровления после хирургии), стал руководитель отдела хирургической патофизиологии Датского королевского госпиталя в Копенгагене профессор Хенрик Келет (Henrik Kehlet).

Данный подход призван снизить реакцию организма на хирургический стресс, ускорить срок выздоровления за счёт ранней активизации и питания, сократить срок нахождения больного в стационаре. Цель программ ERAS – обеспечение выздоровления с минимальным количеством осложнений в кратчайшие сроки. Концепция охватывает вопросы предоперационной подготовки, хирургической техники, ведения послеоперационного периода. Применение данного подхода в ортопедии, гинекологии, кардиохирургии и особенно абдоминальной онкологической хирургии значительно ускорило сроки реабилитации и улучшило качество жизни пациентов.

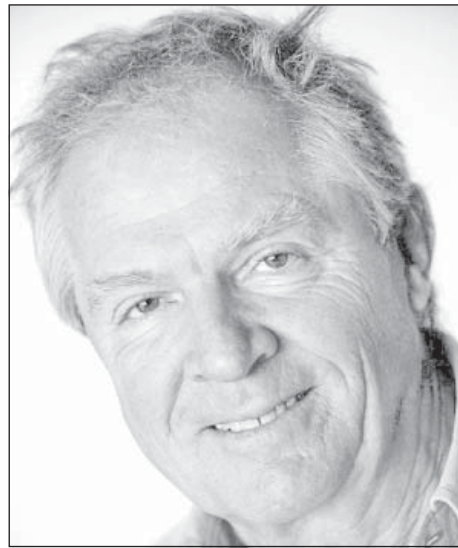
### Особенности хирургии

Основными компонентами программы ERAS при, например,

### Современные технологии

# Операция закончена. Что дальше?

## В России начала успешно внедряться инновационная методика хирургии быстрого восстановления



хирургическом лечении рака ободочной кишки являются отказ от рутинного применения механической очистки кишечника, опиоидных анальгетиков, уменьшение срока предоперационного голодания до минимально возможного (6 часов для твёрдой пищи и 2 часа для жидкостей), отказ от установки дренажей и назогастрального зонда, ранняя активизация пациента при условии комплексного эффективного обезболивания.

– Исторически сложилось, что в начале 90-х годов именно в отношении рака ободочной кишки развернулась борьба между сторонниками традиционных и современных доказательных методов подготовки и периоперационного ведения пациентов, – рассказывает главный хирург центра профессор Валерий Егиев. – Именно в области колопроктологии были проведены первые крупные рандомизированные исследования. Было показано, что комплексное изменение тактики в пользу стандартизации и использования доказательных данных позволяет значительно улучшить результаты лечения. Нормой в нашей клинике стало, что пациенты уже через несколько часов после операции на брюшной полости пьют чай, ходят по своей палате и отделению. Около половины больных после операций на поджелудочной железе и печени не оставляют в отделении интенсивной терапии, а лечат в отделениях промежуточной терапии и профильных онкологических отделениях.

Один из основных постулатов ускоренной реабилитации послеоперационного ведения – это так называемая безопиатная анальгезия. Применение опиатов сопровождается большим числом осложнений, а внедрение комплексного обезболивания на основе продлённой эпидуральной анальгезии позволяет полностью отказаться от них, обеспечивая безболеное течение послеоперационного периода. Благодаря этому достигается резкое снижение числа лёгочных и других нехирургических осложнений.

– Наибольшие трудности при внедрении подобных программ отмечаются при решении про-

блемы послеоперационного пареза кишечника и желудка, – отмечает заведующий отделением хирургической онкологии кандидат медицинских наук Владимир Лядов. – Считается, что важнейшим средством профилактики этого состояния является ранняя активизация. В нашем отделении ведение всех пациентов, которым предстоит обширная операция, согласуется со специалистами центра восстановительной медицины ЛРЦ. К нам прикреплен сотрудник этого центра, инструктор ЛФК, который уже в день операции активизирует пациента в пределах палаты. В край-

нем случае, у тяжёлых больных активизация начинается на следующий день после операции, при этом пациент обязательно встаёт. Мы стремимся к тому, чтобы на 4-е сутки после операции больной обязательно ходил по коридору, и на 6-7-е – при отсутствии хирургических осложнений – мог покинуть стационар.



Простое решение  
трудных проблем

### Простое решение трудных проблем

Важнейшим компонентом ускоренной реабилитации в Лечебно-реабилитационном центре, который одним из первых в стране начал применять протоколы ERAS в клинической практике, является уменьшение использования различных трубок, зондов, дренажей, то есть устройств, которые по устоявшейся традиции считаются необходимыми для ведения больных в послеоперационном периоде.

По наблюдениям специалистов ЛРЦ, длительность применения мочевого катетера, желудочного зонда, абдоминальных дренажей после большинства операций на брюшной полости можно сократить до одних суток либо даже полностью отказаться от них. Так, например, специалистами Онкологического центра Memorial Sloan-Kettering в Нью-Йорке было установлено, что длительное нахождение дренажей рядом с поджелудочной железой приводит к увеличению риска кровотечений, абсцессов, панкреатических свищей. В условиях высокопоточной

стандартизированной хирургии возможно уменьшить количество этих осложнений за счёт простого отказа от большого количества дренажей.

Внедрение программы ERAS требует существенной перестройки системы оказания помощи пациентам с тяжёлыми хирургическими и онкологическими заболеваниями. Например, необходим иной взгляд со стороны анестезиологов: оправдано уменьшение объёма инфузий, аккуратное применение вазопрессорной поддержки для коррекции артериального давления вместо нагрузки объёмом жидкости. Очень важно интраоперационное поддержание нормотермии, возможное благодаря применению согревающих матрасов и устройств для подогрева инфузионных сред.

Реализация программы практически неизбежно приводит к положительным результатам. Основная проблема при внедрении этих протоколов – отсутствие мотивации всей команды сотрудни-

операций на желчных путях и при грыжах они покидают стационар уже на следующий день после операции, при вмешательствах по поводу рака почки, опухолей надпочечников, стромальных опухолях желудка количество послеоперационных койко-дней составляет не более 2-3.

Проводить сравнение результатов применения новой концепции в различных странах непросто. В Дании, где родилось это направление, пациенты после протезирования крупных суставов, больших хирургических и онкологических операций покидают стационар на 2-3-й день. Пока это недостижимый показатель не только для России, но также для США и большинства европейских стран. Всё из-за того, что больные в Дании получают квалифицированный уход медицинского персонала на дому. Пациентам предоставляются помпы для наркотических инфузий в домашних условиях, где осуществляется постоянный мониторинг состояния больного. Любой пациент на территории этой страны может быть доставлен в стационар в течение часа. Даже в Германии, соседней с Данией страной, результаты лечения, например, колоректального рака отличаются принципиально. Если в крупных центрах нормой является 5-6 суток пребывания в стационаре после операции, то в неспециализированных учреждениях, где передовая датская технология ещё не освоена, этот показатель в 1,5-2 раза больше.

### Ближайшие перспективы

В России важная работа по освоению хирургии быстрого восстановления только начинается. Отражением успеха по внедрению программ ERAS в Лечебно-реабилитационном центре Минздрава России можно считать запланированную здесь на 5 апреля этого года конференцию под эгидой Российского общества хирургов «Технологии ранней реабилитации в хирургии, онкологии, ортопедии». В ней дали согласие участвовать как профессор Хенрик Келет, так и другие ведущие европейские специалисты – руководитель рандомизированного исследования по сравнению результатов открытых и лапароскопических резекций на кишечнике, директор хирургической клиники Асклепиос в Гамбурге профессор Вольфганг Швенк и президент Швейцарского общества колопроктологов, директор Университетской хирургической клиники Лозанны профессор Николас Демартинес.

Альберт ХИСАМОВ,  
обозреватель «МГ».

НА СНИМКАХ: профессор Хенрик Келет; заведующий отделением хирургической онкологии Владимир Лядов (справа) и врач ЛФК Михаил Шишкин проводят занятие с пациенткой после операции на ободочной кишке.