

«Разработан протокол периоперационного ведения пациентов, комбинирующий элементы ускоренного восстановления после операций, доступные в каждой клинике»

Шелыгин Юрий Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации, директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр колопроктологии имени А. Н. Рыжих» Минздрава России (ГНЦК), президент Общероссийской общественной организации «Ассоциация колопроктологов России», президент Европейской ассоциации колопроктологов, главный внештатный специалист-колопроктолог Минздрава России, главный внештатный специалист-колопроктолог Департамента здравоохранения города Москвы. Является автором и соавтором более 200 работ, имеет более 20 патентов на изобретения



— Юрий Анатольевич, каково положение дел с FAST-TRACK/ERAS-технологиями в Вашем Центре?

— За многолетнюю историю ГНЦК подходы к лечению колопроктологических болезней менялись. Эмпирически после внедрения в практику новых хирургических и анестезиологических методик появилась объективная возможность в более ранние сроки после операции активизировать больного, начинать кормить, что способствует более быстрой реабилитации пациента. Таким образом, в определенный момент накопленные наблюдения позволили задуматься над формированием собственного протокола ведения больных. Именно поэтому в ГНЦК было инициировано диссертационное исследование «Оптимизация периоперационного ведения пациентов, перенесших резекцию ободочной кишки».

— Каково Ваше видение роли таких технологий в российском здравоохранении в целом?

— Возможность ускоренного восстановления крайне привлекательна и для пациента, и для врача. Однако следует отметить, что подобные протоколы не могут слепо переноситься в российские стационары. В англоязычной литературе, наиболее часто в публикациях родоначальника нового подхода — датского анестезиолога Н. Kehlet, — встречается термин Fast-Track Surgery («ускоренная хирургия»), но с течением времени он все чаще стал замещаться термином Enhanced Recovery After Surgery — ERAS («ускоренное восстановление после операции»). Мы попытались найти русскоязычный аналог термина ERAS, и таковым стал «оптимизированный протокол ведения больных».

В нашем Центре разработан оптимизированный протокол периоперационного ведения пациентов (ОП), предполагающий возможность комбинации элементов философии ERAS и опций, доступных в каждой конкретной клинике. Важным элементом ОП мы считаем информирование пациента о всех этапах лечения, обсуждение каждого этапа периоперационного периода, особенностей послеоперационного периода.

Огромное значение имеет полноценное и своевременное обезболивание, которое достигается постановкой эпидурального катетера для пролонгированной интра- и послеоперационной анальгезии и добавлением НПВП: в первые послеоперационные дни парентерально, далее — энтерально. Важна и медикаментозная профилактика послеоперационной тошноты и рвоты, что позволяет реализовать еще один очень важный элемент протокола — раннее начало энтерального питания. Невозможно переоценить вклад интраоперационных элементов ОП — минимизации операционной травмы, использования поперечной лапаротомии и лапароскопических методик, применения высокотехнологичного оборудования для разрезания, диссекции и коагуляции тканей, ранорасширителей для обеспечения минимальной травматизации тканей при открытых вмешательствах, различных сшивающих аппаратов для формирования первичных анастомозов и сокращения времени оперативного вмешательства. К важным элементам ОП мы также относим ограничение внутривенного введения растворов.

Все вышеперечисленное позволяет пациенту максимально рано активизироваться. Применение ОП показало свою эффективность в проводимом в ГНЦК

клиническом исследовании пациентов при плановых оперативных вмешательствах на ободочной кишке с формированием первичного анастомоза. Получена и статистически значимая корреляционная зависимость эффективности лечения от качества реализации протокола. Это позволяет сделать вывод о необходимости реализации всех возможных элементов протокола в конкретном стационаре у конкретного пациента, даже если нет возможности выполнения каких-либо его отдельных элементов (например, использования лапароскопических методик).

— Каково Ваше отношение к созданию протоколов лечения или даже национальных рекомендаций по применению этих технологий в колоректальной хирургии и хирургии вообще?

— Для реализации ОП существуют свои показания, перечень не просто элементов, а многокомпонентных элементов, имеющих свои особенности и технические детали. Важен и отбор пациентов, так как эффективность ОП бесспорна у больных с неосложненным течением основного заболевания, но он может быть невыполним у пациентов с декомпенсацией сопутствующих заболеваний или осложненным течением основного процесса. Для доведения этих деталей до широкой врачебной аудитории и для внедрения в ОП широкую практику докторам стационаров необходимо краткое руководство, где были бы указаны все особенности реализации протокола.

В любом начинании самое главное — не дискредитировать метод необоснованным применением. Все должно применяться по четким показаниям.

Специально для *Доктор.Ру*
Кнорринг Г. Ю.