

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ, ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Турищев И.В., Бабаев Б.Д., Гвоздев Ю.А., Берлинский В.В.

*Детская городская клиническая больница святого Владимира
Департамента здравоохранения города Москвы, Российская медицинская
академия непрерывного профессионального образования,
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Саратовский государственный медицинский
университет им. В. И. Разумовского» Министерства здравоохранения
Российской Федерации. Москва, Россия*

С развитием медицинских технологий у детей различного возраста все чаще проводятся сложные хирургические вмешательства на органах брюшной полости. Максимально хороших результатов лечения можно добиться при оптимальном ведении периоперационного периода.

Впервые разработанная Н. Kehlet программа ускоренного восстановления FAST TRAK, в настоящее время обновлена и носит название (ERAS) описывает пред, интра и послеоперационные особенности ведения больных. Большое значение в предоперационном периоде имеет информирование пациента и законных представителей, сокращение пребывания в стационаре до операции, отказ от предоперационной подготовки кишечника, длительного голодания перед оперативным вмешательством (рекомендации ESPEN), предоперационная антибиотикопрофилактика. Интраоперационно важны отказ от премедикации, профилактика послеоперационной тошноты и рвоты (ПОТР), нормотермия, обоснованные трансфузии, контроль гликемии, регионарная анальгезия, введение центральных анальгетиков, использование короткодействующих анальгетиков. В ОПИТ стоит уделить внимание рассчитанной инфузионной терапии, рациональной антибиотикотерапии раннему удалению дренажей и зондов, продленной эпидуральной анальгезии, ранней стимуляции ЖКТ, кормлению специализированными смесями.

Использование сбалансированных полиионных растворов, позволяет более свободно маневрировать в базовой инфузионной терапии, в тоже время при контроле гликемии в своей работе, мы установили, что рутинное использование глюкозосодержащих растворов интраоперационно должно быть ограничено.

Парентеральное питание для пациентов, оперированных на ЖКТ с наложением анастомоза неотъемлемый компонент современной терапии. Современная концепция использования препаратов для парентерального



питания в виде стандартизованных пакетов три водном зачастую не обеспечивает достаточного пластического и энергетического материала для пациентов в остром послеоперационном периоде, имеющих крайне высокий уровень процессов катаболизма. Точный расчёт белков, жиров, углеводов, с учётом коэффициентов активности и повреждения, использование водо и жирорастворимых витаминов, раннее энтеральное питание имеет важное значение как компонент лечения для достижения максимально позитивных результатов.

Для оценки эффективности внедрения ERAS было оценено 2 группы больных с обширными операциями на ЖКТ, 38 детей контрольная группа и 42 – исследуемая. Сравнивались длительность пребывания до операции, частота ПОТР, время до начала восстановления перистальтики и кормления, длительность пребывания в ОРИТ и парентерального питания, стоимость лечения в ОРИТ.

После внедрения вышеописанных методик в исследуемой группе нам удалось снизить длительность пребывания больных до операции в среднем до 3-4х суток, значительно уменьшить частоту ПОТР, время до начала восстановления перистальтики и кормления даже после объёмных операций составляет до 60 и 72 ч соответственно, длительность пребывания в ОРИТ, длительность парентерального питания, стоимость лечения уменьшились на 20%. При сравнении групп частота осложнений не различалась.