

*Программа ускоренного восстановления
в гепатопанкреатобилиарной хирургии
Enhanced recovery program in hepatopancreatobiliary surgery*

Предисловие к разделу
Section Preface

Более 25 лет назад на основе небольших обсервационных исследований в области хирургии толстой кишки была разработана концепция “ускоренного”, или “улучшенного”, восстановления после операции (ERAS, Fast Track), реализующая периоперационный мультидисциплинарный подход для уменьшения риска хирургических вмешательств, частоты послеоперационных осложнений и сокращения срока госпитализации больных. Ее основателем считают профессора Х. Келета (H. Kehlet, 1997 г.). В нашей стране эта концепция получила название “Программа ускоренного выздоровления” (ПУВ) после хирургических вмешательств, принятое на Съезде хирургов России (Ростов-на-Дону, 2015 г.). Отдельные составляющие этой концепции были предложены давно, в том числе и отечественными специалистами, — это ранняя активизация после хирургических операций, ограничение показаний для дренирования и катетеризаций, сокращение размеров хирургических доступов (мини-доступы), использование кровосберегающих технологий и других. Заслуга же Х. Келета и его соавторов состоит в том, что из множества клинических, организационных и логистических компонентов был сформирован базовый мультидисциплинарный протокол, который впоследствии может быть адаптирован к потребностям различных хирургических специальностей и конкретных лечебных учреждений.

На наш взгляд, более правильно использовать словосочетание “ускоренное восстановление”, так как выздоровление (*гесонвалесцентия*) по определению — это исход болезни, заключающийся в полном восстановлении нарушенных функций организма, приспособительных возможностей и трудоспособности. Понятно, что в те сроки, в рамках которых обычно реализуется ПУВ, достичь полного выздоровления больного весьма сложно.

К основным компонентам ПУВ относятся максимально полное обследование и подготовка пациентов к оперативному вмешательству на ам-

булаторном этапе, включая подробное информирование о характере и особенностях предстоящего вмешательства, отказ от механической очистки кишечника, отказ от длительного голодания накануне операции, рациональную профилактику и антибиотикопрофилактику тромбоэмболических осложнений, использование минимально инвазивных хирургических доступов, кровосберегающие технологии и прецизионную хирургическую технику, борьбу с послеоперационной тошнотой и рвотой, минимизацию применения наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде, отказ от рутинного использования дренажей, раннюю активизацию пациентов, раннее начало энтерального питания, раннюю выписку из стационара и послеоперационный амбулаторный патронаж пациентов.

Очень важно понимание того, что ПУВ, являясь совокупностью клинических, инструментальных, организационно-методических, административных и логистических компонентов, становится эффективной, безопасной и экономически оправданной только при сбалансированном и тщательно организованном их сочетании. При этом каждый участник реализации программы на всех ее уровнях — от младшего медицинского и вспомогательного персонала до руководителя лечебного учреждения — должен четко осознавать свою роль и место в общем алгоритме.

Внедрение ПУВ в клиническую хирургическую практику сопровождалось достижением значимых результатов, особенно отчетливо продемонстрированных в хорошо организованных исследованиях при плановых унифицированных операциях в тщательно отобранных группах пациентов (операции на толстой кишке, протезирование крупных суставов, флебологические операции и др.). По очевидным причинам намного сложнее организовать подобные рандомизированные исследования в ургентной хирургии, при сложных продолжительных операциях, например, в онкологии, кардиохирургии или гепа-

топанкреатобилиарной хирургии (ГПБХ). Вместе с тем исследования в этом направлении проводятся все активнее, демонстрируя обнадеживающие результаты.

Дальнейшая оценка компонентов ПУВ и выбор оптимальных из них для применения в ГПБХ на основе углубленного анализа патофизиологических механизмов органной дисфункции и возникающих осложнений, изучения результатов лечения и качества жизни оперированных больных позволят высказаться более определенно о роли, месте и содержании программ ускоренного восстановления при различных операциях на печени, желчных протоках и поджелудочной железе. При этом, как нам представляется, важно избежать механического переноса ПУВ из других областей хирургии, обеспечить комплексный подход с учетом инди-

видуальных особенностей больного, его коморбидности, характера предстоящей операции, течения раннего послеоперационного периода, а также маршрутизации пациента после выписки из хирургического стационара.

Принимая во внимание главенство постулата — безопасность пациента превыше всего, в ходе оптимизации ПУВ и внедрения ее в клиническую практику ГПБХ вначале, очевидно, следует думать, как сделать лучше, а уже потом — как быстрее, соблюдая баланс экономических/статистических показателей и безопасности больного в контексте здравого смысла и разумной достаточности.

Именно этим вопросам посвящен специальный раздел в настоящем номере журнала, в который вошли работы известных отечественных специалистов.

Главный редактор журнала профессор П.С. Ветшев

**Редактор раздела “Программа ускоренного восстановления в гепатопанкреатобилиарной хирургии”,
заместитель главного редактора журнала профессор Д.Н. Панченков**