

DOI:10.17238/issn2072-3180.2019.6.41-44

УДК: 616-089-07

© Мужиков С.П., Еременко М.Ю., Шефер В.В., Селезнева Е.Э., 2019

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ АДАПТАЦИИ ПРИНЦИПОВ FAST TRACK У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ

С.П. МУЖИКОВ ¹, М.Ю. ЕРЕМЕНКО ^{1,a}, В.В. ШЕФЕР ^{1,b}, Е.Э. СЕЛЕЗНЕВА ^{1,c}

¹ ООО Клиника Екатерининская, г.Краснодар, ул. Яцкова, 2/2

Резюме: Лапароскопическая продольная резекция желудка набирает популярность с каждым годом. По частоте выполнения в России продольная резекция желудка вышла на лидирующие позиции.

При правильной реабилитации пациент через 72 часа после операции может вернуться к привычному образу жизни.

Нами были адаптированы основные принципы Fast Track для реабилитации пациентов после лапароскопической продольной резекции желудка по поводу морбидного ожирения.

Цель исследования: демонстрация клинического опыта адаптации принципов Fast Track на примере 10 пациентов после лапароскопической продольной резекции желудка по поводу морбидного ожирения. Оценить применимость принципов Fast Track относительно таких пациентов. Материалы и методы: В хирургическом стационаре клиники Екатерининской за период с июня по ноябрь 2019 года прооперировано 10 пациентов, которым выполнена продольная резекция желудка по поводу морбидного ожирения.

Результаты: Все пациенты выписаны домой в удовлетворительном состоянии. Послеоперационные осложнения и летальные исходы отсутствуют. Срок пребывания таких пациентов в стационаре не превышал 3 суток.

Обсуждения: В литературе относительно мало информации о ранней послеоперационной реабилитации пациентов после продольной резекции желудка. Необходимо продолжить изучение эффективности адаптированных принципов Fast Track в реабилитации пациентов после лапароскопической продольной резекции желудка по поводу морбидного ожирения для снижения послеоперационных осложнений.

Заключение: Представлен клинический опыт адаптации принципов Fast Track у пациентов после продольной резекции желудка по поводу морбидного ожирения. Необходимо продолжить изучение адаптированных принципов Fast Track на дооперационном и послеоперационном этапах с целью оценки их эффективности для данной группы пациентов.

Ключевые слова: продольная резекция желудка, реабилитация, морбидное ожирение

CLINICAL EXPERIENCE OF ADAPTING FAST TRACK PRINCIPLES IN PATIENTS AFTER LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY FOR MORBID OBESITY

S.P. MUZHNIKOV ¹, M.IU. ERE MENKO ^{1,a}, V.V.SHEFER ^{1,b}, E.E.SELEZNEVA ^{1,c}

¹ ООО Клиника Екатерининская, Russian Federation, Krasnodar, 350901, Yatskova st., 2/2

Abstract: Laparoscopic sleeve gastrectomy is gaining popularity every year. The sleeve gastrectomy took the leading position in Russia.

The patient can return to his usual lifestyle after 48 hours after the operation with proper rehabilitation. We have formed the basic principles of postoperative rehabilitation of patients after sleeve gastrectomy for morbid obesity.

Materials and Methods: 10 patients with morbid obesity were operated sleeve gastrectomy during the period from June 1 to November 2019. Patients were operated at the surgical hospital of the Ekaterininskaya Clinic.

Results: All patients were discharged home in satisfactory condition. There are no postoperative complications or deaths. The length of stay of such patients in the hospital did not exceed 3 days.

Discussion: There is relatively a few information in the literature about the early postoperative rehabilitation of patients after sleeve gastrectomy. The principles of Fast Track certainly need to be applied in the rehabilitation of such patients to reduce postoperative complications.

Conclusion: Clinical experience of adapting Fast Track principles to patients after sleeve gastrectomy for morbid obesity was presented. It is necessary to continue the study of adapted Fast Track principles at the preoperative and postoperative stages in order to assess their effectiveness for this group of patients.

Key words: sleeve gastrectomy, rehabilitation, fast track surgery, morbid obesity

^a eremkamarinka@mail.ru
^b v.shefer@clinic23.ru

^c e.selezneva@clinic23.ru

Введение

Лапароскопическая продольная резекция желудка набирает популярность с каждым годом [1]. По данным национального бариатрического регистра, в структуре бариатрических вмешательств в России в 2015—2016 гг. лапароскопическая продольная резекция желудка составила 52—55%. По частоте выполнения в России продольная резекция желудка вышла на лидирующие позиции среди бариатрических операций [1].

Продольная резекция дает положительные результаты и позволяет пациентам сбросить 80% избыточной массы тела в течении первого года после операции [2-4].

В США и странах Западной Европы плановая хирургическая помощь оказывается по канонам Fast track («Быстрый путь в хирургии») [2-4,5]. В России проводится активное внедрение принципов Fast track [2-6].

В нашем исследовании сформированы основные принципы послеоперационной реабилитации пациентов после лапароскопической продольной резекции желудка. Изучена применимость принципов Fast track к данной группе пациентов.

Представлен опыт ранней послеоперационной реабилитации пациентов, которым выполнена лапароскопическая продольная резекция желудка по поводу ожирения.

В литературе не так много данных о ранней послеоперационной реабилитации пациентов с морбидным ожирением после выполнения им лапароскопической продольной резекции желудка [7,8]. В настоящее время интенсивно развивается концепция fast track, принципы которой максимально применимы относительно реабилитации пациентов после лапароскопической продольной резекции желудка по поводу морбидного ожирения [4-8,9-12].

Цель исследования

Демонстрация опыта ранней послеоперационной реабилитации пациентов которым выполнена лапароскопическая продольная резекция желудка по поводу морбидного ожирения.

Материалы и методы

В клинике Екатеринбургской за период с июня по ноябрь 2019 года прооперировано 10 пациентов с морбидным ожирением. Всем им выполнена лапароскопическая продольная резекция желудка. В данной группы пациентов 7 женщин, 3 мужчины. Возраст пациентов в диапазоне от 23 лет до 59. При этом средний возраст составил 37,8 лет.

Подготовка к операции во многом определяет результаты хирургического лечения.

Подготовка пациентов к реабилитации начиналась задолго до операции, после первичной консультации хирурга. На догоспитальном этапе проводится коррекция сопутствующих заболеваний, зачастую с привлечением врачей смежных специ-

альностей – терапевта, кардиолога, эндокринолога.

На данном этапе происходило детальное объяснение врачом хирургом сроков госпитализации, всех этапов лечения. Для усиления эффекта пациенту обследованному и готовившемуся к госпитализации выдавалась заранее памятка, включающая 30 листов полной информации о операции, послеоперационном периоде, ранней реабилитации, диете пациента в послеоперационном периоде, с ответами на часто задаваемые вопросы пациентов.

Госпитализация в стационар осуществлялась непосредственно в день операции. Пациенты предупреждаются о явке строго натощак в компрессионных чулках, бинтах в стационар. Утром пациентов осматривает терапевт, анестезиолог, проводится тромбопрофилактика (клексан 0,4 п/к) за 4-6 часов до операции.

Пациенту разрешено выпить стакан сладкого чая за 4 часа до операции. За несколько часов до операции пациенту повторно объяснялись этапы ранней послеоперационной реабилитации.

Для снижения травматичности оперативного вмешательства, лапароскопическая продольная резекция выполняется при помощи 4 троакаров. Данная техника операции позволяет использовать всего 1 ассистента, что также оптимизирует рабочий процесс. После операции троакарные раны обкальваются раствором ропивакаина для снижения болевых ощущений в послеоперационном периоде. Выполнен отказ от рутинной постановки дренажей брюшной полости, рутинной установки назогастрального зонда, установки центрального венозного катетера. Что также соответствует принципам Fast Track Surgery.

Пациент через час после операции пьет воду, в это время в палате находится врач, который объясняет как правильно это сделать, контролирует действия пациента.

Проводится ранняя активация после операции. Разрешено через час после операции пациенту вставать самостоятельно в послеоперационном биндаже. Первые часы после операции пациент поднимается только в присутствии младшего медперсонала, но без помощи. Пациенту поясняется как встать с кровати не напрягая мышцы брюшного пресса, тем самым не провоцируя болевые ощущения.

В послеоперационном периоде назначается противоотечная терапия (преднизолон 60 мг и 2 мг хлоропирамина вводится 2 раза в день в 8.00 и 20.00). Также назначался метоклопрамид 3 раза в сутки.

Трехкратная рвота в первые сутки после операции была у 4 (40%) больных из 10.

Через 24 часа после операции рвоты не было ни у одного пациента из данной клинической группы. Дискомфорт после принятия жидкости в первые сутки после операции ощущали 5 пациентов (50%).

Результаты

Из следуемой группы на вторые сутки после операции вы-

писаны 8 из 10 пациентов, на третьи сутки — 2 пациента.

Контрольный осмотр назначался через 2 недели. Все две недели пациенты могли онлайн задавать все интересующие их вопросы хирургу. В исследуемой группе отсутствовали послеоперационные осложнения.

Через 3-4 суток к привычному образу жизни (с ограничением физической нагрузки и новым режимом питания) вернулись 100% пациентов.

Обсуждение

В литературных источниках, как российских так и зарубежных, относительно мало информации о ранней послеоперационной реабилитации пациентов после лапароскопической продольной резекции желудка по поводу морбидного ожирения [2,4,7-9]. Сформированное представление о оберегающем режиме в послеоперационном периоде для пациентов с морбидным ожирением ошибочно, приводит к повышению риска развития послеоперационных осложнений [2,4].

Накопленный нами опыт показал эффективность применения адаптированных принципов Fast Track у пациентов после лапароскопической продольной резекции по поводу морбидного ожирения для снижения частоты послеоперационных осложнений. Необходимо продолжить изучение применимости принципов Fast Track у пациентов после лапароскопической продольной резекции по поводу морбидного ожирения.

Заключение

1. Продемонстрированный клинический опыт показал эффективность применения адаптированных принципов Fast Track у пациентов после лапароскопической продольной резекции желудка по поводу морбидного ожирения. Данные принципы позволили пациентам вернуться к привычному образу жизни через 3-4 суток после операции без осложнений и летальных исходов.

2. Для внедрения в широкую практику адаптированных принципов Fast Track необходимо накопить клинический опыт, провести более длительные клинические исследования.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Этическое одобрение. Исследование проводилось в соответствии с этическими стандартами.

Информированное согласие было получено от всех участников, включенных в исследование.

Список литературы

1. Яшков Ю.И. Хирургические методы лечения ожирения. 4-е изд. М.: Айр-Арт, 2013. 48 с.
2. Программа ускоренного выздоровления хирургических больных. Fast track. под ред. И. И. Затевахиной, К. В. Лядова, И. Н.

Пасечника. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 208 с.

3. Затевахин И. И., Пасечник И. Н., Губайдуллин Р. Р. и др. Ускоренное восстановление после хирургических операций: мультидисциплинарная проблема. Ч. 1 // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. 2015. № 9. С. 4-8.

4. Пасечник И. Н., Назаренко А. Г., Губайдуллин Р. Р. и др. Современные подходы к ускоренному восстановлению после хирургических вмешательств // Анестезиол. и реаниматол. Мед. реабилитация. 2015. № 15 (116) – 16 (117). С. 10-17.

5. Chou R., Gordon D.B., de Leon-Casasola O. A. et al. Management of Postoperative Pain : A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists. *J. Pain*, 2016, Vol. 17, pp. 131-157.

6. Zhong J. X., Kang K., Shu X. L. Effect of nutritional support on clinical outcomes in perioperative malnourished patients : a meta-analysis. *Asia Pac. J. Clin. Nutr*, 2015, Vol. 24, No. 3, pp. 367-378.

7. Froessler B., Palm P., Weber I. et al. The important role for intravenous iron in perioperative patient blood management in major abdominal surgery. *Ann. Surg.* 2016, Vol. 264, pp. 41-46.

8. Weimann A., Braga M., Carli F. et al. ESPEN : clinical nutrition in surgery. *Cl. Nutrition*, 2017, Vol. 36, pp. 623-650.

9. Хрыков Г. Н., Майстренко Н. А., Манихас Г. М. Опыт внедрения протокола Fast Track (ERAS) в лечение больных колоректальным раком старших возрастных групп // Доктор. Ру. 2015. № 15 (116) – 16 (117). С. 18-23.

10. Ачкасов С. И., Лукашевич И. В., Суруевгин Е. С. Влияние полноты реализации программы ускоренного выздоровления пациентов, перенесших резекцию ободочной кишки по поводу рака, на эффективность лечения // Онколог. колопроктол. 2016. Т. 6, № 2. С. 29-34.

11. Есаков Ю. С., Раевская М. Б., Сизов В. А. и др. Философия ускоренной реабилитации в торакоабдоминальной хирургии // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. 2016. № 11. С. 88-92.

12. Prescott H. C., Angus D. C. Enhancing Recovery From Sepsis : A Review. *JAMA*, 2018, No. 319, pp. 62-75.

References

1. Yashkov Yu.I. Khirurgicheskiye metody lecheniya ozhireniya. [Surgical treatment of obesity] 4th ed. Moscow: Air-Art, 2013. 48 p. (in Russian)
2. Programma uskorennoogo vyzdorovleniya khirurgicheskikh bol'nykh. Fast track [Program for the accelerated recovery of surgical patients] pod red. I. I. Zatevachina, K.V. Laidova, I.N. Pasechnika. Moscow: GEHOTAR-Media, 2017. 208 p. (in Russian)
3. Zatevachin I. I., Pasechnik I. N., Gubaidulin R. R. i dr. Uskorennoe vosstanovlenie posle khirurgicheskikh operacij: mul'ti disciplinarnaya problema. [Accelerated recovery from surgery: a multidisciplinary problem]. *Hirurgiya. ZHurnal im. N. I. Pirogova*, 2015, No. 9. pp. 4-8. (in Russian)
4. Pasechnik I. N., Nazarenko A. G., Gubaidulin R. R. i dr. Sovremennyye podkhody k uskorennomu vosstanovleniyu posle khirurgicheskikh vmeshatelstv [Modern approaches to accelerated recovery after surgery].

Анестезиология и реаниматология. *Medicinskaya reabilitaciya*, 2015, No. 15 (116) – 16 (117). pp. 10–17. (in Russian)

5. Chou R., Gordon D.B., de Leon-Casasola O. A. et al. Management of Postoperative Pain : A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists *J. Pain*, 2016, Vol. 17, pp. 131–157.

6. Zhong J. X., Kang K., Shu X. L. Effect of nutritional support on clinical outcomes in perioperative malnourished patients : a meta-analysis. *Asia Pac. J. Clin. Nutr*, 2015, Vol. 24, No. 3, pp. 367–378.

7. Froessler B., Palm P., Weber I. et al. The important role for intravenous iron in perioperative patient blood management in major abdominal surgery. *Ann. Surg.* 2016, Vol. 264, pp. 41–46.

8. Weimann A., Braga M., Carli F. et al. ESPEN : clinical nutrition in surgery. *Cl. Nutrition*, 2017, Vol. 36, pp. 623–650.

9. Khrykov G. N., Maistrenko N. A., Manichas G. M., Khalikov A. D. Opyt vnedreniya protokola Fast Track (ERAS) v lechenie bol'nyh kolorektal'nym rakom starshih vozrastnyh grupp [Experience with the implementation of the Fast Track(ERAS) in the treatment of patients with colorectal cancer of older age groups]. *Doktor.Ru*, 2015, No. 15 (116) – № 16 (117), pp. 18–23. (in Russian)

10. Achkasov S. I., Lukachevich I. V. Surovegin E. S. Vliya nie polnoty realizacii programmy uskorennoogo vyzdorovleniya pacientov, perenessih rezekciyu obodochnoj kishki po povodu raka, na ehffektivnost' lecheniya [The impact of the completeness of the implementation of the program for the accelerated recovery of patients who underwent colon resection for cancer, on the effectiveness of treatment]. *Onkologicheskaya koloproktologiya*, 2016, Vol. 6, No. 2, pp. 29–34. (in Russian)

11. Esakov U. S., Raevskai M. B., Sizov V. A. i dr. Filosofiya uskorennoj reabilitacii v torakoabdominal'noj khirurgii [The philosophy of accelerated rehabilitation in thoracoabdominal surgery]. *Khirurgiya ZHurnal im. N. I. Pirogova*, 2016, No. 11, pp. 88–92.(in Russian)

12. Prescott H. C., Angus D. C. Enhancing Recovery From Sepsis : A Review. *JAMA*, 2018, No. 319, pp. 62–75.

Сведения об авторах:

Мужиков Станислав Петрович, к.м.н., хирург, 89184773419, <https://orcid.org/0000-0002-0760-9762>

Еременко Марина Юрьевна*, хирург, 89189307775, eremkamarinka@mail.ru <https://orcid.org/0000-0002-9183-6393>

Шефер Виктория Владимировна, зав.хирургическим стационаром, v.shefer@clinic23.ru
<https://orcid.org/0000-0001-7736-2753>

Селезнева Елена Эдуардовна, к.м.н., главный врач, e.selezneva@clinic23.ru

<https://orcid.org/0000-0002-9647-9815>

Author:

Stanislav Petrovich Muzhikov, c.s.m., OOO Klinika Ekaterininskaya, surgeon, 89184773419, stas200682@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0760-9762>

0002-0760-9762

Marina IUrevna Eremenko, OOO Klinika Ekaterininskaya, surgeon, eremkamarinka@mail.ru 89189307775

<https://orcid.org/0000-0002-9183-6393>

Viktoriya Vladimirovna Shefer, OOO Klinika Ekaterininskaya, Department head, v.shefer@clinic23.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7736-2753>

Elena Eduardovna Selezneva, OOO Klinika Ekaterininskaya, c.s.m, Director, e.selezneva@clinic23.ru <https://orcid.org/0000-0002-9647-9815>