

ЛИТЕРАТУРА

1. Коган, М.И. Стриктуры уретры у мужчин. Реконструктивно-восстановительная хирургия / М.И. Коган. – М.: Практическая медицина, 2010. – 143 с.
2. Levy, M.E. Graft Use in Bulbar Urethroplasty / M.E. Levy, S.P. Elliott // Urol Clin North Am. – 2017. – Vol. 44, № 1. – P. 39-47. doi: 10.1016/j.ucl.2016.08.009
3. Трапезникова, М.Ф. Варианты пластики протяженных рецидивных стриктур передней уретры свободным трансплантатом буккальной слизистой / М.Ф. Трапезникова, В.В. Базаев, А.Г. Лукьянченков // Мужское здоровье: материалы 3-й Всероссийской конференции. – М., 2006. – С.170.
4. Современный подход к оперативному лечению протяженных стриктур и облитераций уретры с использованием васкуляризованного лучевого лоскута, а также слизистой мочевого пузыря (префабрикация уретры) / Н.А. Лопаткин [и др.] // Материалы пленума правления Российского общества урологов. – Екатеринбург, 2006. – С. 397-400.
5. Barbagli, G. Dorsal onlay skin graft bulbar urethroplasty: long-term follow-up / G. Barbagli, G. Morgia, M. Lazzeri // Eur Urol. – 2008. – Vol. 53. – P. 628-34.
6. Venkatesan, K. Surgical Repair of Bulbar Urethral Strictures: Advantages of Ventral, Dorsal, and Lateral Approaches and When to Choose Them / K. Venkatesan, S. Blakely, D. Nikolavsky // Adv Urol. – 2015. – Vol. 2015:397936. doi: 10.1155/2015/397936
7. Shenfeld, Z.B., Urethroplasty, by Perineal Approach, for Bulbar and Membranous Urethral Strictures in Children and Adolescents / Z.B. Shenfeld, J.B. Gdora, R.B. Katza [et al.] // J. Urol. – 2008. – Vol. 171. № 3. – P. 430-433.
8. Culty, T. Anastomotic urethroplasty for post-traumatic urethral strictures: previous urethral manipulations have a negative impact on final outcome / T. Culty, T., L. Boccon-Gibod // Eur Urol Suppl. – 2006. – Vol. 5. – № 2. – P. 246.
9. Оперативное лечение стриктур и облитераций уретры / М.И. Коган [и др.] // Урология. – 2015. – № 2. – С. 7-23.
10. Коган, М.И. Современные методы лечения стриктуры уретры // Материалы пленума правления Российского общества урологов. – Екатеринбург, 2006. – С. 27-281.
11. Сравнительная частота и факторы риска рецидива стриктуры уретры при различных методах оперативного лечения / Д.Ю. Пушкар [и др.] // Андрология и генитальная хирургия. – 2012. – № 4. – С. 37-44.
12. Palminteri, E. Two-sided bulbar urethroplasty using dorsal plus ventral oral graft: urinary and sexual outcomes of a new technique. E Palminteri, E Berdondini, AA Shokeir [et al.] // J Urol. – 2011. – Vol. 185. – № 5. – P.1766-71. doi: 10.1016/j.juro.2010.12.103

УДК 616.617-003.7-089.878, 616.61-089.85

© М.М. Кутлуев, Р.И. Сафиуллин, 2017

М.М. Кутлуев¹, Р.И. Сафиуллин^{1,2}

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММЫ РАННЕГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

¹Клинический госпиталь «Мать и Дитя», г. Уфа

²ФГОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

Программа раннего восстановления пациентов (ERAS) позволяет снизить боль, стресс, количество дополнительных вмешательств у пациентов после операции. Применение ERAS в онкоурологии не увеличивает число осложнений и способствует более раннему восстановлению пациентов и выписке из стационара. Цель исследования – определить возможности использования протокола ERAS в условиях частной медицинской практики.

Элементы ERAS были применены у 12 пациентов: у 6 пациентов – с опухолями почек, у 6 – с мочекаменной болезнью. Все пациенты были разделены на 2 группы: в 1-й группе были проведены лапароскопические вмешательства, во 2-й группе – эндоскопические вмешательства. Перед оперативным вмешательством все пациенты были проинформированы об использовании программы fast track и о необходимых мероприятиях в период реабилитации.

В качестве интраоперационных осложнений в 1-й группе наблюдалась кровопотеря около 1000 мл. Во 2-й группе на 2-е сутки было выявлено выпадение слизистой уретры, потребовавшее коррекции и удаления некротизированной ткани. При дальнейшем наблюдении в течение месяца осложнений не наблюдалось.

Таким образом, использование ERAS позволяет сократить сроки госпитализации.

Ключевые слова: программа раннего восстановления пациентов, fast track, Enhanced Recovery After Surgery.

M.M. Kutluev, R.I. Safiullin

OUR EXPERIENCE OF ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY PROGRAM USAGE IN DIFFERENT UROLOGIC INTERVENTIONS

The Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program can reduce pain, stress, the number of additional interventions in patients after a surgery. The use of ERAS in oncurology does not increase the number of complications and leads to earlier recovery of patients and discharge from hospital. The aim of the study was to determine the possibilities of ERAS protocol in private medical practice.

ERAS elements were used with 12 patients: 6 - with kidney cancer, 6 - with urolithiasis. All the patients were divided into 2 groups: gr1. – laparoscopic procedures were used, gr2. – endoscopic intervention was used. Before surgery all the patients were consulted about actions during fast track program and rehabilitation period.

Intraoperative complications included: in gr1 bleeding about 1000 ml, in gr2.- urethral mucosal prolapse occurred, requiring correction and necrotized tissue erosion. There were no complications during follow-up.

Thus, the use of ERAS allows to reduce the time of hospitalization.

Key words: patients' early recovery program, Enhanced Recovery After Surgery, fast track.

Программа раннего восстановления пациентов Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) позволяет снизить болевой синдром,

стресс, количество дополнительных вмешательств у пациентов, перенесших операцию [1]. Оказание хирургической помощи претер-

пело существенные изменения, что связано с совершенствованием подготовки больных к операции, а также с развитием технологий хирургических вмешательств и ведения больных в послеоперационном периоде [7]. Датский профессор Н. Kehlet, автор новой концепции Fast-Track Surgery (быстрый путь в хирургии), опираясь на данные патофизиологического анализа осложнений после плановых хирургических вмешательств, предложил программу, направленную на уменьшение стрессовой реакции организма больного на хирургическую агрессию, в основе которой лежит мультимодальный подход ко всем этапам периоперационного периода [8]. Использование программы fast track в полном объеме в предоперационном, интраоперационном и послеоперационном периодах позволяет снизить болевой синдром, стресс у пациентов, снизить количество дней госпитализации. Использование мультимодальной программы (fast track) подразумевает: дооперационное информирование пациента, отказ от подготовки кишечника перед операцией, премедикации, полного голодания перед операцией, применение пробиотиков перед операцией, декстрозы (глюкозы) за 2 часа до операции, использование регионарной или короткодействующей анестезии, адекватный объем перфузии в периоперационном периоде (предпочтение отдается 0,9% раствору хлорида натрия), использование минимально инвазивных вмешательств (лапароскопия, эндоскопия, минимально инвазивные доступы), профилактика гипотермии, применение высоких концентраций O_2 , неопиоидная анальгезия, отказ от рутинного использования дренажей и зондов, раннее удаление уретрального катетера, прокинетика, раннее послеоперационное питание, ранняя мобилизация [2]. Общеизвестно, что применение минимально инвазив-

ных технологий (МИТ) более затратное по стоимости для пациентов. Однако программа fast track позволяет компенсировать стоимость операции за счет снижения сроков медицинского ухода и количества дней госпитализации пациента [3]. В среднем при применении протокола ERAS количество койко-дней снижается в два раза, и использование МИТ позволяет уменьшить частоту осложнений и сроки послеоперационного восстановления [4]. Использование данных протоколов активно развивается в современной российской медицине. Показано, что применение ERAS в онкоурологии при радикальной простатэктомии не увеличивает число осложнений и способствует более раннему восстановлению пациентов, ранней выписке из стационара [5]. Данный факт, несомненно, актуален в условиях частной медицинской практики. Определение роли fast track при других урологических состояниях требует анализа и дальнейшего исследования.

Цель исследования – определить возможности использования протокола ERAS в условиях частной медицинской практики.

Материалы и методы

Элементы протокола ERAS были применены у 12 пациентов: у 6 с опухолями почек и у 6 с мочекаменной болезнью. Всем пациентам с использованием МИТ выполнялись лапароскопические и эндоскопические вмешательства. Лапароскопическая резекция почек была выполнена 4 пациентам, лапароскопическая нефрэктомия – 2, трансуретральная уретероректомия с литоэкстракцией – 6 пациентам. Все пациенты по характеру вмешательства были разделены на 2 группы: в 1-й группе были выполнены лапароскопические вмешательства, во 2-й группе – эндоскопические вмешательства. Элементы fast track, используемые в исследуемых группах, представлены в табл. 1.

Таблица 1

Протокол ERAS, используемый в исследуемых группах

Элементы Fast track	1-я группа (n=6)	2-я группа (n=6)
Информирование пациента	Да	Да
Отказ от подготовки кишечника	Да	Нет
Отказ от полного голодания (прекращение приема пищи за 6 часов до операции)	Да	Да
Парентеральное введение жидкости перед операцией (за 2 часа до операции)	Да	Да
Периоперационная антибиотикопрофилактика	Да	Да
Адекватный объем периоперационной инфузии	Да	Да
Применение МИТ	Да	Да
Использование регионарной (эпидуральной) анестезии	Нет	Да
Перевод из ОРИТ в первые 2-3 часа	Да	Нет*
Использование НПВС	Да	Да
Удаление дренажей и уретрального катетера в первые сутки	Да	Да
Раннее энтеральное питание	Да	Да
Ранняя мобилизация	Да	Да
Ранняя выписка из стационара (1-е-3-и сутки)	Да	Да

Примечание: ОРИТ – отделение реанимации и интенсивной терапии, НПВС – нестероидные противовоспалительные средства,

* В случаях эндоскопического вмешательства пациенты в ОРИТ не поступали.

Перед оперативным вмешательством все пациенты были проконсультированы о применении программы fast track и необходимых мероприятиях в период реабилитации. Подготовка кишечника в 1-й группе не проводилась, во 2-й группе проводилась очистительная клизма за 1 час до операции в объеме 1500 мл. Во всех случаях проводилась периоперационная антибиотикотерапия раствором «Цефтриаксон» 1,0 внутривенно. При лапароскопических вмешательствах использовался интубационный наркоз с ранним переводом пациента на самостоятельное дыхание и перевод в отделение из ОРИТ в течение первых 2-3 часов после операции. Энтеральное питание во всех группах начиналось в первый день после операции – с применением жидкой пищи (кисели, бульоны и т.п.) в 1-й группе и полный объем питания у

пациентов 2-й группы. Удаление уретральных катетеров и дренажей проводилось на второй день после операции, удаление мочеточниковых стентов во 2-й группе – на 3-и – 5-е сутки. Выписка пациентов 2-й группы проводилась на следующий день после операции, пациентов 1-й группы на третий день.

Послеоперационные осложнения были классифицированы согласно Clavien-Dindo [6]. Анализ результатов проводился исходя из типа оперативного вмешательства, сроков госпитализации, частоты повторных хирургических вмешательств, сроков дренирования.

Результаты и обсуждение

Основные характеристики пациентов исследуемых групп представлены в табл. 2. Все пациенты наблюдались в течение 30 дней после оперативного лечения.

Таблица 2

Характеристика показателей пациентов в предоперационном, периоперационном и послеоперационном периодах

Показатели	1-я группа	2-я группа
Средний возраст, лет	56,67±8,38	57,25±10,91
Пол, n(%): мужчины	4(66,6)	3(50)
женщины	2(33,4)	3(50)
Средняя длительность операции, мин	118,33±13,39	36,25±7,59
Средняя интраоперационная кровопотеря, мл	383,3±78,04	0
Интраоперационные осложнения, n (%)	1(16,6)	0
Длительность катетеризации, сут.	1	1
Средняя длительность дренирования, сут.	1,3±0,41	3,5±1,73
Частота повторных операций, n	0	1
Длительность госпитализации, сут.	3	1,25±0,29
Ранние послеоперационные осложнения, n:		
G ₀	0	1
G ₁₋₂	0	0
G ₃₋₄	0	0
30-дневные осложнения, n (%)	0	0

В 1-й группе пациентов было одно интраоперационное осложнение – кровопотеря около 1000 мл, не потребовавшая дополнительных гематрансфузий в связи с адекватным гемостазом и использованием гемостатического материала «Surgicel». Во 2-й группе на 2-е сутки было выявлено выпадение слизистой уретры, потребовавшее коррекции и удаления некротизированной ткани. Отсутствие осложнений в течение первого месяца после операции указывает на возможность использования в полном объеме программы ERAS у данных пациентов.

Использование элементов ERAS позволило уменьшить стоимость лечения пациентов. Раннее удаление дренажа как одного из ворот для инфекции, раннее энтеральное питание (в течение первых 24 часов) оказывают

в целом благоприятный эффект на течение послеоперационного периода. Использование протоколов ERAS по профилактике тошноты и рвоты (жвачка, слабительные препараты и т.п.) [9] применимо у пациентов с лапароскопическими и эндоскопическими вмешательствами.

Заключение

Использование программы ранней реабилитации пациентов позволяет сократить сроки госпитализации, что является существенным моментом в условиях частной практики. Работа в одной команде с анестезиологами-реаниматологами, хирургами, средним и младшим медицинским персоналом является необходимым условием для осуществления программы fast track с целью успешного лечения каждого пациента.

Сведения об авторах статьи:

Кутлуев Марат Мусаевич – к.м.н., врач-уролог Клинического госпиталя «Мать и дитя» ООО «МД Проект 2010». Адрес: 450077, г. Уфа, ул. Лесной проезд, 4. E-mail: marrat@rambler.ru.

Сафиуллин Руслан Ильясович – д.м.н., профессор кафедры урологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: russafiullin@yandex.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Impact of an enhanced recovery after surgery programme in radical cystectomy. A cohort-comparative study / R. Casans-Francés [et al.] // Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. – 2017. – Vol. 14. – P. 34-56.
2. A prospective clinical study for multimodal „fasttrack” rehabilitation in elective pancreatic cancer surgery/ M.W. Wichmann [et al.] // Rozhl. Chir. – 2006. – Vol. 85(4). – P. 169-175.
3. Cost minimization analysis of laparoscopic surgery for colorectal cancer within the enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol: a single-centre, case-matched study/ M. Pędziwiatr [et al.] // Wideochir. Inne. Tech. Maloinwazyjne. – 2016. – Vol. 11(1). – P. 14-21.
4. The impact of enhanced recovery protocol compliance on elective colorectal cancer resection: results from an international registry/ ERAS Compliance Group // Ann. Surg. – 2015. – Vol. 261(6). – P. 1153-1159.
5. Программа раннего восстановления при радикальном хирургическом лечении больных раком предстательной железы: опыт специализированного стационара/ А.К. Носов [и др.] // Онкоурология. – 2016. – № 4. – С.60-70.
6. Dindo D. Classification of surgical complications a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey/ D. Dindo, N. Demartines, P-A. Clavien // Ann. Surg. – 2004. – Vol. 240 (2). – P. 205–213.
7. Программа ускоренного выздоровления: роль хирурга и анестезиолога-реаниматолога – автономность или командный подход?/ И.Н. Пасечник [и др.] // Доктор.Ру. – 2016. – № 12. – С. 54-59.
8. Современные подходы к ускоренному восстановлению после хирургических вмешательств / Пасечник И. Н. [и др.]// Доктор.Ру. – 2015. – № 15-16 (117). – С. 10-17.
9. Lewis S.J. Early enteral nutrition within 24 h of intestinal surgery versus later commencement of feeding: a systematic review and meta-analysis/ S.J. Lewis, H.K. Andersen, S. Thomas //J. Gastrointest. Surg. – 2009. – Vol. 13(3). – P.569-575.

УДК 616.092.4:614.21(571.54)

© Е.Ю. Лудупова, Д.М. Мункоева, 2017

Е.Ю. Лудупова, Д.М. Мункоева
**РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЛАБОРАТОРНЫХ
 ИССЛЕДОВАНИЙ НА ПРИМЕРЕ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА
 ГАУЗ «РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
 ИМЕНИ Н.А. СЕМАШКО»**

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им Н.А. Семашко», г. Улан-Удэ

В статье представлен региональный подход к внедрению основных инструментов системы менеджмента качества (СМК) для совершенствования лабораторного процесса и повышения качества лабораторных исследований на примере ГАУЗ «РКБ им Н.А. Семашко» с применением принципов СМК (процессного и системного подходов, риск-менеджмента) на основе стандартов ИСО 9001. Описаны этапы разработки и внедрения СМК в лаборатории. Показана значимость развития лабораторной медицины для решения клинических задач и повышения уровня профилактики в условиях доступности населения к необходимым исследованиям.

Ключевые слова: лабораторная медицина, система менеджмента качества, лабораторная информационная система, централизация лабораторных исследований.

E.Yu. Ludupova, D.M. Munkoeva
**REGIONAL EXPERIENCE OF IMPROVING THE QUALITY
 OF LABORATORY TESTS ON THE EXAMPLE OF A MULTIPROFILE IN-PATIENT
 DEPARTMENT OF THE REPUBLICAN CLINICAL HOSPITAL
 NAMED AFTER N.A. SEMASHKO**

The article presents a regional approach to the implementation of the major instruments of the quality management system (QMS) to improve laboratory process and the quality of laboratory tests on the example of the Republican Clinical Hospital named after Semashko with the application of the principles of the quality management system (process, system approaches, risk management) based on ISO 9001 standards. The phases of development and implementation of QMS in the laboratory are described there. The importance of laboratory medicine development for solving clinical challenges and improving the level of prevention in terms of people's access to necessary research was shown in the article.

Key words: lab medicine, quality management system, lab information system, centralization of lab tests.

На современном этапе развития медицины приоритетами деятельности лабораторной диагностики являются: стандартизация, высокое качество, автоматизация аналитического процесса, информатизация. Они обусловлены высокой и постоянно растущей диагностической и клинической значимостью лабораторных исследований [1,2]. По мнению В.В. Меньшикова, лабораторные данные органически вплетаются в цепь доказательств клинической оценки состояния пациента в гипотетико-дедуктивном диагностическом

процессе. Потребность клиники в лабораторной информации для принятия медицинских решений составляет 70% относительно диагноза заболевания и проведения лечебных мер. Обратной стороной высокой клинической значимости лабораторной информации является опасность, которая связана с использованием сведений, неправильно характеризующих состояние пациента [3-6].

Гарантия высокого качества исследований обеспечивается через управление качеством лабораторных исследований, об этом