



Основні положення протоколу **прискороного відновлення після хірургічного втручання** (ERAS, Enhanced Recovery After Surgery)^{1,2}

Farmak
MedHUB



До оперативного втручання

- Виявлення та коригування супутніх захворювань
- Преабілітація
- Інформування пацієнта і родини, планування виписки
- Уникнення тривалого доопераційного голодування
- Уживання напою зі складними вуглеводами (наприклад, мальтодекстрину) за 2 години до операції
- Уникнення механічної підготовки кишечника
- Гігієнічний душ із милом напередодні; антисептичне оброблення шкіри хлоргексидином
- Створення індивідуального плану знеболювання
- Мультиmodalна аналгезія, орієнтована на тип втручання, з мінімізацією застосування опіоїдів, розпочата щонайменше за 2 години до операції:
 - парацетамол 1 г перорально
 - інгібітор ЦОГ-2 перорально
- Профілактика тромбоемболії (за потреби): гепарин 5000 ОД підшкірно за 30–60 хв до втручання



Інтраопераційно

- Малоінвазивний хірургічний доступ
- Уникнення дренажів і назогастральних зондів
- Профілактика інфекцій: антибіотикотерапія за 30–60 хв до розрізу
- Інгаляційні або внутрішньовенні анестетики короткої дії для індукції та підтримання загальної анестезії
- Уникнення переважання рідиною
- Протективна вентиляція легень
- Мультиmodalна профілактика післяопераційної нудоти та блювання:
 - дексаметазон 8–10 мг в/в після індукції анестезії
 - антагоніст 5-HT₃, наприклад ондансетрон 4 мг в/в наприкінці операції
 - у пацієнтів із дуже високим ризиком — третій антиеметик (наприклад, трансдермальний скополамін до операції) та/або тотальна внутрішньовенна анестезія
- Підтримання нормотермії: активне зігрівання пацієнта та інфузія підігрітих розчинів
- Контроль глікемії
- Мультиmodalна аналгезія, орієнтована на тип втручання, з мінімізацією застосування опіоїдів
- Місцеві або регіональні методи знеболювання: периферичні нервові та/або міжфасціальні блоки, інфільтрація місця втручання
- Парацетамол 1 г в/в після індукції, якщо не був введений до операції
- Кеторолак 15–30 мг в/в наприкінці операції, якщо інгібітор ЦОГ-2 не було введено до операції
- Для відкритих втручань — опіоїд тривалої дії приблизно за 20 хв до екстубації:
 - морфін 0,05–0,1 мг/кг ідеальної маси тіла або
 - гідроморфон 5–10 мкг/кг ідеальної маси тіла



У післяопераційному періоді

- Терапія післяопераційної нудоти та блювання із застосуванням одного або кількох ЛЗ:
 - прометазину 6,25 мг в/м
 - дименгідринату 1 мг/кг в/в
 - антагоніста 5-HT₃ не раніш ніж через 4 години після попередньої дози ондансетрону
- Мультиmodalна аналгезія, орієнтована на тип втручання, з мінімізацією застосування опіоїдів
- Морфін 1–2 мг в/в (до 10 мг загалом) або гідроморфон 0,1–0,2 мг (до 1 мг загалом) — у палаті післяопераційного пробудження
- Планове призначення перорального парацетамолу + НПЗЗ (наприклад, мелоксикаму 15 мг/добу або целекоксибу 200 мг 2 рази на добу)
- Якщо пацієнт не може приймати ЛЗ перорально — в/в ведення парацетамолу, мелоксикаму, ібупрофену або кеторолаку за графіком
- При проривному болю — за потреби: перорально оксикодон 5–10 мг або трамадол 50 мг
- Відновлення перорального харчування якомога раніше: тверда їжа в день операції, у сидячому положенні
- Видалення сечового катетера в день операції або наступної доби
- Рання мобілізація та фізіотерапія: підйом із ліжка 8 разів на день, перебування в кріслі щонайменше 8 год/день

5-HT₃ — серотоніновий рецептор 3 типу; в/в — внутрішньовенно; НПЗЗ — нестероїдні протизапальні засоби; ЦОГ — циклооксигеназа

Використані джерела:

1. Overview of enhanced recovery after major noncardiac surgery (ERAS). Available at: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-enhanced-recovery-after-major-noncardiac-surgery-eras?search=eras&source=search_result&selectedTitle=1~147&usage_type=default&display_rank=1#H32.44356381 (Last access: 02.05.2025).

2. Elias K.M., Brindle M.E., Nelson G. Enhanced Recovery after Surgery - Evidence and Practice. NEJM Evid. 2025;4(3):EVIDra2400012. DOI: 10.1056/EVIDra2400012