Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови

Версія цього документу для друку: http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00344&format=pdf

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00344. Передопераційна оцінка

Автори: Martina Bachmann, Kristiina Hersio, Pertti Pere
Редактори оригінального тексту: -
Дата останнього оновлення: 2017-06-19

Основні положення

- Передопераційну оцінку проводять, щоб визначити, наскільки очікувана операція покращить якість життя пацієнта, зважаючи на пов’язані з нею ризики.
- Лікар, який направляє пацієнтів на хірургічне втручання, мусить також оцінити та поліпшити їх спроможність перенести анестезію та операцію.
- Завданням лікаря, який направляє, є також
    - індивідуально оцінити доцільність та очікувану користь запропонованої операції
    - виконати встановлені передопераційні обстеження
    - проінформувати хірурга про супутні захворювання пацієнта й операційні ризики, які можуть вплинути на результат операції
    - оцінити фізичні функціональні можливості пацієнта та оптимізувати харчування
    - лікувати хронічні захворювання, щоб вони були під оптимальним контролем, і цей контроль підтримувати
    - надати пацієнту фактичну інформацію відносно операції та стаціонарного лікування й розвіяти зайві страхи

    - оцінити необхідність післяопераційної реабілітації і організувати реабілітаційні заходи на первинній медичній допомозі
    - з’ясувати соціальні та життєві умови пацієнта, щоб оцінити, чи підходить йому/їй проведення хірургічної процедури в денному стаціонарі або у відділенні короткострокового перебування.
- У зв’язку зі зростаючим поширенням денних стаціонарів та хірургічних відділень короткострокового перебування ще більший наголос ставиться на співпраці між направляючим лікарем загальної практики і лікарями спеціалізованої допомоги.

Оцінка операційного ризику

- Мета анестезіологічної оцінки — виявити ризики, асоційовані з анестезією та плановим втручанням, і знизити їх.
- Ці ризики залежать від трьох чинників: фізичного та психічного стану пацієнтів, хірургічного захворювання та його лікування, а також від необхідної анестезії.
- Для оцінки анестезіологічного ризику використовується класифікація ASA (ASA = American Society of Anesthesiologists, Американська асоціація анестезіологів, фізичний статус; клас I–V [веб|https://www.asahq.org/re…]; тут адаптована), яка базується на загальному стані пацієнтів.
    - ASA I: звичайні пацієнти, що не курять, з мінімальним споживанням алкоголю.
    - ASA II: Пацієнти з легкими системними захворюваннями без істотних функціональних обмежень. Наприклад куріння, помірне споживання алкоголю, вагітність, значне ожиріння (IMT 30–40), добре контрольована гіпертензія чи діабет.
    - ASA III: Пацієнти з тяжкими системними захворюваннями. Суттєві функціональні обмеження. Одна або декілька середньої тяжкості чи тяжких хвороб, алкогольна залежність, імплантований кардіостимулятор, лікування діалізом, інфаркт міокарда в анамнезі, ішемічний інсульт, геморагічний інсульт чи TIA > 3 місяців тому, стентування коронарних артерій > 3 місяців тому чи стабільна стенокардія, морбідне ожиріння (IMT > 40).

    - ASA IV: Пацієнти з тяжкими системними хворобами, що постійно загрожують їх життю. Гостра ішемія міокарда, важка клапанна дисфункція, стентування коронарних артерій < 3 місяців тому.
    - ASA V: Помираючі пацієнти, які прогнозовано не виживуть без операції.
- Післяопераційна летальність сягає близько 0,2% для здорових пацієнтів I класу за ASA і 50% для пацієнтів з ASA V.

Підготовка до операції [доказ 02520|B] [доказ 04421|A] [доказ 05954|B] [доказ 06590|D] [доказ 07024|B↑↑] [доказ 07148|B↑]

- Хірургічна команда і лікар загальної практики повинні узгодити основні дослідження, які можуть бути виконані на первинній медичній допомозі. Метою є мінімізувати відстрочення операції та скоротити кількість передопераційних днів в стаціонарі. Обстеження повинно проводитись завчасно, щоб забезпечити достатній часовий інтервал для початку лікування, якщо результати цього вимагатимуть. Первинні хвороби пацієнтів повинні бути як найкраще контрольовані, а харчування — оптимізоване.
- Перед тим, як запропонувати хірургічне втручання, лікуючий лікар повинен обміркувати доступність конкретної операції, ризики, асоційовані з втручанням, та організацію реабілітації під час одужання.
- Поки пацієнти знаходяться в черзі на операцію, лікуючий лікар повинен слідкувати за змінами в їхньому здоров'ї та загальному стані, які можуть збільшити операційний ризик.
    - ТІА чи інсульт
    - нестабільна стенокардія, інфаркт міокарда чи загострення серцевої недостатності
    - неконтрольований діабет чи виникнення його ускладнень
    - прогресування ХОЗЛ
- Гостра респіраторна інфекція є показанням до відкладення планової операції під загальною анестезією.

Передопераційні лабораторні дослідження [доказ 02695 | C]

- Рутинні передопераційні обстеження (ЕКГ, рентгенологічне дослідження грудної клітки, визначення гемоглобіну, концентрації електролітів і креатиніну) не приносять ніякої користі для передопераційної оцінки здоров'я пацієнтів з добре контрольованими захворюваннями.
- Більшість основних обстежень можуть проводитись амбулаторно.
- Відносно здорові пацієнти віком до 50 років (ASA I)
    - Ніяких рутинних обстежень (окрім Hb для жінок з менструацією)
- Відносно здорові пацієнти старше 50 років (ASA I)
    - Загальний аналіз крові з кількістю тромбоцитів; ЕКГ для чоловіків
- Різні обстеження і показання до їх проведення у хірургічних пацієнтів
    - ЕКГ
        - Чоловіки старше 50 років, жінки старше 65 років
        - Гіпертензія
        - Інші значні кардіоваскулярні захворювання
        - Діабет
        - Хірургічне втручання на грудній клітці
    - Рентгенологічне дослідження грудної клітки
        - Хронічні захворювання серця чи легень, що знижують фізичні функціональні можливості організму
    - Електроліти, креатинін
        - Гіпертензія
        - Діабет і значний метаболічний синдром
        - Ендокринні захворювання
        - Цитотоксична хіміотерапія
        - Хвороби нирок
    - Дослідження згортання крові (МНВ, кількість тромбоцитів)
        - Надмірне споживання алкоголю
        - Антикоагулянтна терапія
        - Хвороби печінки
    - Клінічний аналіз крові

- Гематологічні хвороби
- Цитотоксична хіміотерапія

Розподіл завдань між первинною і спеціалізованою медичною допомогою

- Направляючий лікар загальної практики повинен повідомити хірургічну команду про:
  - ступінь шкоди, заподіяної пацієнту хірургічною патологією
  - оцінити спроможність пацієнта до взаємодії протягом періоду одужання
  - можливу деменцію чи інші чинники, що впливають на рішення щодо операції і можуть бути пропущені при проведенні лікарняних досліджень
  - інші серйозні супутні обставини, зокрема недавні зміни в стані здоров'я, а також останні лабораторні дані
  - соціальні умови та наявність супроводжуючої особи для пацієнтів, яким проводитимуть операцію в денному стаціонарі.
- *Фахівець з внутрішньої медицини* повинен призначати перед- та післяопераційне лікування для пацієнтів з важкими захворюваннями.
- *Анестезіолог* оцінює ризики, пов'язані з операцією, та несе відповідальність за періопераційне медикаментозне лікування. Він також оцінює, чи підходить пацієнту операція в денному стаціонарі.
- *Оперуючий хірург* приймає остаточне рішення щодо проведення операції. Для допомоги в прийнятті рішення в його розпорядженні має бути вичерпна інформація щодо анамнезу пацієнта, а також заключення всіх консультантів інших спеціальностей (наприклад, анестезіолога).

Операційні ризики при поширених супутніх захворюваннях

Ішемічна хвороба серця [доказ 06608|C]

- Найважливіше захворювання відносно операційного ризику. Попередню оцінку толерантності до фізичних навантажень можна зробити з анамнезу. Ризик кардіальних ускладнень низький, якщо пацієнти спроможні жваво виконувати повсякденну домашню роботу, наприклад піднятися на один поверх по сходах, несучи маленьку торбу для покупок, без кардіальних симптомів.
- Операційний ризик значно підвищується, і пацієнтів оперують тільки в ситуаціях, що загрожують життю, якщо
    - пройшло менше 6 тижнів після інфаркту міокарда, балонної ангіопластики, коронарного стентування чи шунтування
        - Операція, що не має гострих показань, повинна проводитись не раніше ніж через 6 місяців після встановлення стенту, що вивільняє лікарські препарати; у пацієнтів зі стентом антикоагулянтна терапія не повинна припинятися.
    - пацієнти мають низьку толерантність до фізичних навантажень чи серцеву недостатність після інфаркту міокарда.
- Якщо пацієнт має важку або нестабільну стенокардію, рекомендується спершу лікувати її причину перед проведенням середньої і великої операції.
- Операційний ризик підвищується незначно, якщо
    - пройшло більше 3 місяців після інфаркту міокарда і пацієнт має хорошу толерантність до фізичних навантажень. Діабет підвищує ризик.
    - пацієнт має стабільну стенокардію з хорошою толерантністю до фізичних навантажень.
- Призначення бета-блокаторів і статинів розглядають для пацієнтів з ішемічною хворобою серця, яким планується операція на судинах. Якщо пацієнт вже приймає бета-блокатори, то прийом продовжується до операції, але призначення нових медикаментів повинно відбуватися з урахуванням рекомендацій кардіолога.

- Маленькі дози бета-блокатора (бісопролол 2,5–5 мг один раз на день) періопераційно також приносять користь пацієнтам з кардіоваскулярними факторами ризику, яким виконують операції на судинах. Однак великі дози спричиняють цереброваскулярні порушення, які виникли на фоні гіпотензії.

Серцева недостатність

- Декомпенсована серцева недостатність значно підвищує операційний ризик, слід проводити тільки ургентні операції.
- Компенсована серцева недостатність також помірно підвищує ризик.

Вади клапанів серця

- Аортальний стеноз з проявами симптомів та зниженою толерантністю до фізичного навантаження представляє високий ризик при некардіальній операції. Такі пацієнти повинні направлятися на кардіохірургічну операцію.
- Асимптомні вади серця не перешкоджають проведенню операції. Часто показана профілактика ендокардиту. [настанова 00093|Профілактика бактеріальн…]
- Протез мітрального клапана схильний до тромбозу, що веде до його несправності. Антикоагулянтна терапія не повинна припинятись навіть тимчасово, хіба що за життєвими показаннями [настанова 00097|Заміна клапанів серця: с…]. При відміні варфарину як антикоагулянтний препарат призначають низькомолекулярний гепарин (НМГ).

Аритмії

- В більшості випадків аритмія вимагає лише посилення моніторингу і не є протипоказанням до операції. Гостру фібриляцію передсердь треба вилікувати до операції.

Антикоагулянтна терапія

- Лікар, який направляє, повинен інформувати хірурга та пацієнта стосовно важливості антикоагулянтної терапії.

- Антикоагулянтна терапія пацієнтів зі штучним мітральним клапаном зазвичай не переривається, за винятком, коли це абсолютна умова для проведення операції. Якщо потрібно перервати терапію варфарином, починають замісну терапію НМГ [настанова 00097|Заміна клапанів серця: с…].
- Антикоагулянтна терапія часто може бути зменшена (МНВ 1,5) на декілька днів (коли достатньо багато часу минуло після емболії легеневих судин; при хронічній фібриляції передсердь, ТІА). В цьому випадку ввечері в день операції розпочинають прийом НМГ і продовжують його, поки МНВ знаходиться на терапевтичному рівні на протязі декількох днів.
- Періопераційно значення МНВ контролюють щоденно, а також перевіряють вранці в день операції.

Гіпертензія

- Контрольована гіпертензія без ускладнень не суттєво підвищує операційний ризик. Медикаментозне лікування продовжують до самої операції. Ускладнена гіпертензія часто пов’язана з порушенням функції нирок та мозкового кровообігу.

Цукровий діабет

- Діабет асоційований з підвищеним ризиком серцево-судинних хвороб і, в деяких випадках, поліорганними ушкодженнями.
- При оцінці фізичних функціональних можливостей пацієнта треба звернути увагу на контроль глюкози крові і супутні захворювання.
- Емпіричне правило — в стандартне лікування пацієнтів потрібно втручатися якомога менше.
- Метформін треба відмінити, і пацієнти повинні перейти на інсулін за декілька днів до операції.
- Попередження періопераційної гіперглікемії (глюкоза крові > 10 ммоль/л) дуже важливе для профілактики ускладнень та виникнення інфекції. Якщо пацієнт використовує інсулін тривалої дії, то він як правило призначається і в день операції. Якщо необхідно, гіпоглікемія попереджується інфузією глюкози.
- Період одужання може ускладнюватись порушенням функції нирок, схильністю до інфекцій і затримкою загоєння рани.
- Рутинне обстеження включає:

    - глюкоза крові за день до операції та вранці в день операції, глікований гемоглобін (HbA_{1c}) і креатинін плазми чи швидкість клубочкової фільтрації
    - ЕКГ.

Ожиріння

- Патологічні зміни майже у всіх життєво важливих органах настають, якщо нормальна маса тіла суттєво перевищена (ІМТ > 30).
- Пацієнти з патологічним ожирінням (ІМТ > 40) мають підвищений операційний ризик. Їм не підходять операції в умовах денного стаціонару.
- Анестезіологічний ризик підвищується через проблеми з диханням і кровообігом.
- У пацієнтів з ожирінням функціонування легень порушене через тиск на них живота у лежачому положенні.
- Ризик тромбоемболічних ускладнень також підвищений.
- Якщо у пацієнтів з ожирінням запланована операція, особливо абдомінальна чи торакальна, завжди необхідні наступні обстеження:
    - рентгенологічне дослідження грудної клітки
    - ЕКГ
    - спірометрія і часто гази крові.

Захворювання органів дихання

- Легка гостра вірусна інфекція верхніх дихальних шляхів не вимагає відкладення операції, якщо вона проводитиметься не безпосередньо на органах дихання і якщо пацієнта не треба інтубовувати.
- В інших випадках потрібно відкласти операцію на 1–2 тижні при неускладнених інфекціях верхніх дихальних шляхів і на 4–6 тижнів — при інфекціях нижніх дихальних шляхів (бронхіт, пневмонія).
- Толерантність до навантажень має вирішальне значення для операбельності. Задишка в спокої та при розмові відображає знижений дихальний резерв. Хронічне захворювання легень повинно лікуватись оптимально. Легенева обструкція у пацієнтів з

ХОЗЛ і астмою не повинна бути гіршою, ніж звичайно, а також вони не повинні мати бактеріальних інфекцій, що вимагають лікування. ХОЗЛ часто асоційоване з ішемічною хворобою серця.

- Куріння має бути припинене якомога раніше перед операцією, але навіть короткий період без куріння краще, ніж його продовження увесь час.
- Якщо $ОФВ_1$ менше 50% від нормального, верхня абдомінальна хірургія погіршує функцію легенів більше, ніж гінекологічне чи ортопедичне втручання.
- Спірометрію використовують для оцінки ризику респіраторних ускладнень і виконують для
    - пацієнтів з астмою чи ХОЗЛ, а також для затятих курців, якщо планується верхня абдомінальна операція.
    - Не тільки проведення спірометрії, повинні враховуватись також інші захворювання, що можуть вплинути на вибір операції для пацієнтів.
    - Якщо спірометрія виявить обструкцію та відповідь на бронходилятатор, потрібно розпочати використання інгаляційного бронходилятатора і глюкокортикоїда.

Неврологічні захворювання

- Недавній інсульт чи ТІА як правило відкладають планову операцію на 3 місяці. Перед операцією необхідно виконати ультразвукове дослідження сонних артерій.
- Хірургічне втручання на сонних артеріях може бути виконане без відстрочки після ТІА чи незначного інсульту. Антикоагулянтна терапія не переривається.

Надмірне споживання алкоголю

- Більшість змін, що спричинені надмірним споживанням алкоголю, будуть повністю чи частково нормалізовані протягом 1–2 місяців після утримання від алкоголю.
- Печінкова недостатність, спричинена алкоголем, впливає на згортання крові.
- Тривале споживання алкоголю спричиняє недіабетичний кетоацедоз, порушення водно-електролітного балансу та харчування з дефіцитом вітаміну B_1.

- Деякі пацієнти з цирозом печінки не мають симптомів, та навіть незначний стрес може спричинити дисбаланс в гомеостазі печінки.
- Якщо є підозра на захворювання печінки, треба перевірити кількість тромбоцитів у крові та МНВ.

Куріння [доказ 05195|B]

- Відмова від куріння за 3–6 місяців до операції знижує кількість післяопераційних ускладнень. Немає даних щодо користі коротших періодів без тютюну, проте все одно рекомендовано передопераційне консультування та рекомендації щодо припинення куріння.

Передопераційна оцінка пацієнтів з катарактою

- Катаракту звичайно оперують під місцевою анестезією.
- Загальна анестезія необхідна для неспокійних пацієнтів, що не співпрацюють, а також для пацієнтів з тремором.
- Одразу після операції пацієнтам дозволено рухатися.
- Пацієнти з катарактою часто мають багато супутніх захворювань. Гострий чи хронічний кашель будь-якої етіології може бути проблемою при хірургії катаракти. Пацієнтам з ортопное оперування катаракти не бажане.

Відбір пацієнтів для денного стаціонару [доказ 05947|B]

- Більшість рішень стосовно того, чи підходить пацієнту денний хірургічний стаціонар, приймаються хірургом разом з загальним рішенням про операцію. Не всі пацієнти обов’язково викликаються на передопераційний візит, адже рішення щодо операції може бути прийняте на основі направлення. В цьому випадку хірург має переконатися, що медичні записи мають всю необхідну інформацію для прийняття рішення щодо доцільності передопераційного візиту і чи підходить пацієнту операція в денному стаціонарі.
- Направлення має надавати інформацію про
    - хвороби, які можуть підвищувати операційний ризик
    - препарати та їх показання (наприклад варфарин)
    - виконані лабораторні та рентгенологічні дослідження
    - домашні умови

    - відповідальну людину, що забере пацієнта додому і залишиться з ним/нею в післяопераційну ніч
    - спроможність команди первинної допомоги надавати підтримку пацієнту
    - анестезіологічний опитувальник пацієнта в залежності від місцевої практики.
- Операція в умовах денного стаціонару не підходить у випадку
    - відкритої абдомінальної операції
    - нестабільним пацієнтам з оцінкою ASA III чи ASA IV
    - пацієнтам з морбідним ожирінням (IMT > 40)
        - Легке або середнє ожиріння не перешкода для операції в денному стаціонарі, але повинно бути взяте до уваги.
    - при алкоголізмі та наркотичній залежності
    - тяжких апное уві сні
    - при соціальних проблемах; пацієнти, що не розуміють інструкцій чи не мають підтримки вдома.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [пов'язані 00425|Preoperative assessment …]
- Інші огляди доказових даних [пов'язані 00425|Preoperative assessment …] [доказ 05023|A] [доказ 06418|D] [доказ 06747|B]
- Клінічні настанови [пов'язані 00425|Preoperative assessment …]

Джерела інформації

R1. Mangano DT, Layug EL, Wallace A, Tateo I. Effect of atenolol on mortality and cardiovascular morbidity after noncardiac surgery. Multicenter Study of Perioperative Ischemia Research Group. N Engl J Med 1996 Dec 5;335(23):1713-20. [PubmedID|8929262]

R2. Eagle KA, Froehlich JB. Reducing cardiovascular risk in patients undergoing noncardiac surgery. N Engl J Med 1996 Dec 5;335(23):1761-3. [PubmedID|8929270]

R3. Domi R, Laho H. Anesthetic challenges in the obese patient. J Anesth 2012;26(5):758-65. [PubmedID|22562644]

R4. Johansson T, Fritsch G, Flamm M et al. Effectiveness of non-cardiac preoperative testing in non-cardiac elective surgery: a systematic review. Br J Anaesth 2013;110(6):926-39. [PubmedID|23578861]

R5. Wijeysundera DN, Beattie WS, Wijeysundera HC et al. Duration of preoperative ß-blockade and outcomes after major elective noncardiac surgery. Can J Cardiol 2014;30(2):217-23.

[PubmedID|24373755]

R7. Poldermans D, Boersma E, Bax JJ, Thomson IR, van de Ven LL, Blankensteijn JD, Baars HF, Yo TI, Trocino G, Vigna C, Roelandt JR, van Urk H. The effect of bisoprolol on perioperative mortality and myocardial infarction in high-risk patients undergoing vascular surgery. Dutch Echocardiographic Cardiac Risk Evaluation Applying Stress Echocardiography Study Group. N Engl J Med 1999 Dec 9;341(24):1789-94. [PubmedID|10588963]

R8. van den Berghe G, Wouters P, Weekers F, Verwaest C, Bruyninckx F, Schetz M, Vlasselaers D, Ferdinande P, Lauwers P, Bouillon R. Intensive insulin therapy in the critically ill patients. N Engl J Med 2001 Nov 8;345(19):1359-67. [PubmedID|11794168]

R9. Lawrence VA, Dhanda R, Hilsenbeck SG, Page CP. Risk of pulmonary complications after elective abdominal surgery. Chest 1996 Sep;110(3):744-50. [PubmedID|8797421]

R10. Chassot PG, Delabays A, Spahn DR. Preoperative evaluation of patients with, or at risk of, coronary artery disease undergoing non-cardiac surgery. Br J Anaesth 2002 Nov;89(5):747-59. [PubmedID|12393774]

R15. Pasternak LR. Preoperative evaluation, testing, and planning. Anesthesiol Clin North America 2004 Mar;22(1):XIII-XIV. [PubmedID|15109698]

R16. Friedman LS. The risk of surgery in patients with liver disease. Hepatology 1999 Jun;29(6):1617-23. [PubmedID|10347099]

R17. Brilakis ES, Banerjee S, Berger PB. Perioperative management of patients with coronary stents. J Am Coll Cardiol 2007 Jun 5;49(22):2145-50. [PubmedID|17543633]

R18. Chung D, Stevens RD. Timing of surgery after stroke. In: Fleischer L (ed). Evidence-based practice of anesthesia. Philadelphia, PA: WB Saunders; 2004:379-388

R19. Tonnesen H, Rosenberg J, Nielsen HJ, Rasmussen V, Hauge C, Pedersen IK, Kehlet H. Effect of preoperative abstinence on poor postoperative outcome in alcohol misusers: randomised controlled trial. BMJ 1999 May 15;318(7194):1311-6. [PubmedID|10323814]

R20. Davies KE, Houghton K, Montgomery JE. Obesity and day-case surgery. Anaesthesia 2001 Nov;56(11):1112-5. [PubmedID|11703247]

R21. POISE Study Group, Devereaux PJ, Yang H, Yusuf S, Guyatt G et al. Effects of extended-release metoprolol succinate in patients undergoing non-cardiac surgery (POISE trial): a randomised controlled trial. Lancet 2008 May 31;371(9627):1839-47. [PubmedID|18479744]

R22. ASA (American Society of Anesthesiologists) Physical Status Classification System. Updated 2014 [веб|https://www.asahq.org/re…]

Настанови

- Настанова 00093. Профілактика бактеріального ендокардиту.
- Настанова 00097. Заміна клапанів серця: спостереження за пацієнтом.

Доказові огляди Duodecim

- Доказовий огляд 02520. Psychoeducational programs for adult surgical patients.
  Дата оновлення: 2003-08-11
  Рівень доказовості: B

Резюме: Psychoeducational care provided to adult surgical patients appears to result in beneficial effects for recovery, pain, psychological distress, and length of hospital stay.

- Доказовий огляд 04421. Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications.
  Дата оновлення: 2007-08-27
  Рівень доказовості: A
  Резюме: Fluid intake between 1.5 and 3 hours before anaesthesia does not result in an increased risk of aspiration, regurgitation, and related morbidity or increased gastric volume or increased gastric pH compared with the standard 'nil by mouth from midnight' fasting policy.
- Доказовий огляд 05954. Early versus delayed (traditional) oral fluids and food for reducing complications after major abdominal gynaecologic surgery.
  Дата оновлення: 2017-10-20
  Рівень доказовості: B
  Резюме: Early feeding after major abdominal gynaecologic surgery appears to be safe without increased gastrointestinal or other postoperative complications.
- Доказовий огляд 06590. Peri-operative glycaemic control regimens for preventing surgical site infections in adults.
  Дата оновлення: 2010-03-01
  Рівень доказовості: D
  Резюме: There is insufficient evidence to support strict glycaemic control versus conventional management for the prevention of surgical site infections (SSIs).
- Доказовий огляд 07024. Preoperative statin therapy .
  Дата оновлення: 2015-09-28
  Рівень доказовості: B↑↑
  Резюме: Preoperative statin therapy in cardiac surgery patients appears to reduce post-operative atrial fibrillation.
  Рекомендація: Starting statin therapy preoperatively is recommended for patients referred to coronary artery bypass grafting surgery.
- Доказовий огляд 07148. Preoperative physical therapy for elective cardiac surgery patients.
  Дата оновлення: 2013-03-22
  Рівень доказовості: B↑
  Резюме: Preoperative physical therapy appears to reduce postoperative pulmonary complications (atelectasis and pneumonia) and length of hospital stay in patients undergoing elective cardiac surgery.
  Рекомендація: Preoperative physical therapy with an exercise component is suggested for patients undergoing elective cardiac surgery.
- Доказовий огляд 02695. Routine preoperative testing.
  Дата оновлення: 2003-08-11
  Рівень доказовості: C
  Резюме: For chest X-ray, ECG, haemoglobin, studies on haemostasis, biochemical and urine testing, a policy of routine testing in apparently healthy individuals probably leads to little if any benefit.
- Доказовий огляд 06608. Alpha-2 adrenergic agonists for the prevention of cardiac complications among patients undergoing surgery.
  Дата оновлення: 2010-03-15
  Рівень доказовості: C

Резюме: Alpha-2 adrenergic agonists may decrease mortality and myocardial infarction (MI) during vascular surgery. These potential benefits are counterbalanced by increased risks for perioperative hypotension and bradycardia.

- Доказовий огляд 05195. Interventions for preoperative smoking cessation.
  Дата оновлення: 2014-06-03
  Рівень доказовості: B
  Резюме: Preoperative smoking interventions including nicotine replacement therapy appear to increase short-term smoking cessation and appear to reduce postoperative morbidity.
- Доказовий огляд 05947. Day-case versus overnight stay in laparoscopic cholecystectomy.
  Дата оновлення: 2008-04-23
  Рівень доказовості: B
  Резюме: Day-case elective laparoscopic cholecystectomy appears to be safe and effective intervention in selected patients (with no or minimal systemic disease and within easy reach of the hospital) with symptomatic gallstones.
- Доказовий огляд 05023. Type of anaesthesia and postoperative pulmonary infections.
  Дата оновлення: 2006-04-15
  Рівень доказовості: A
  Резюме: Regional anaesthesia reduces postoperative pneumonia compared with general anaesthesia.
- Доказовий огляд 06418. Incentive spirometry for prevention of postoperative pulmonary complications in upper abdominal surgery.
  Дата оновлення: 2014-03-17
  Рівень доказовості: D
  Резюме: There is insufficient evidence on the effectiveness of incentive spirometry for prevention of postoperative pulmonary complications in upper abdominal surgery.
- Доказовий огляд 06747. Infraclavicular brachial plexus block for regional anaesthesia of the lower arm.
  Дата оновлення: 2010-10-11
  Рівень доказовості: B
  Резюме: Infraclavicular block appears to be as effective and as safe as other techniques of brachial plexus blockade for providing surgical anaesthesia of the lower arm.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00344 Ключ сортування: 017.030 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англомовного оригіналу: 2017-06-19

Автор(и): Martina BachmannKristiina HersioPertti Pere Автор(и) попередніх версій статті: Markku Ellonen Редактор(и):
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Surgery Anaesthesiology Pulmonary diseases Cardiology

Ключові слова індексу
mesh: Ambulatory Surgical Procedures mesh: Preoperative Care mesh: Anesthesia mesh: Arrhythmia
mesh: ASA preoperative assessment score mesh: Atrial Fibrillation mesh: Diabetes Mellitus
mesh: International Normalized Ratio mesh: Adrenergic beta-Antagonists mesh: Cerebrovascular Accident mesh: Cataract

mesh: Pulmonary Disease, Chronic Obstructive mesh: Respiratory Tract Infections mesh: Angina Pectoris mesh: Obesity
mesh: anticoagulant therapy mesh: preoperative procedures mesh: Heart Valve Prosthesis mesh: Coronary Artery Bypass
mesh: Monoamine Oxidase Inhibitors mesh: Metformin mesh: operative risk mesh: Asthma mesh: Body Mass Index
mesh: Intraoperative Complications mesh: Angioplasty, Balloon mesh: hazards of anesthesia mesh: Coronary Disease
mesh: Heart Valve Diseases mesh: Myocardial Infarction mesh: Heart Failure, Congestive mesh: Hypertension
mesh: Spirometry mesh: Smoking mesh: Ischemic Attack, Transient icpc-2: A30 icpc-2: A67 icpc-2: A98
speciality: Anaesthesiology speciality: Cardiology speciality: Pulmonary diseases speciality: Surgery