

### 18.3.1. Przygotowanie do zabiegu operacyjnego (rozmowa z pacjentem)

Zgodnie z zaleceniami chory powinien brać aktywny udział w procesie leczenia oraz znać i rozumieć cele opieki pooperacyjnej. Leczenie należy zaplanować wspólnie z pacjentem po wcześniejszym wytłumaczeniu mu istoty choroby oraz omówieniu możliwych metod terapii. Przed przyjęciem do szpitala powinny się odbyć niezbędne konsultacje specjalistyczne w celu wykrycia potencjalnych zagrożeń w okresie okołoperacyjnym. Rozmowę z pacjentem powinien przeprowadzić zarówno anestezjolog, jak i chirurg. Dopuszcza się włączenie do tych działań pielęgniarki i dietetyka; możliwe (a w większości ośrodków zalecane) jest przygotowanie dla pacjenta materiałów szkoleniowych.

Nowością jest konieczność oceny sytuacji życiowej pacjenta oraz odbycia konsultacji geriatrycznej w przypadku uzyskania wysokiej punktacji w skali służącej do oceny tzw. kruchości/zespołu kruchości (*frailty score*).

### 18.3.2. Metabolizm w okresie okołoperacyjnym

Należy zwrócić uwagę na stabilizację metaboliczną – najważniejszym jej markerem jest stężenie hemoglobiny glikowanej  $A_{1c}$ . Stężenie  $HbA_{1c}$  powyżej 6% wymaga konsultacji diabetologa lub endokrynologa. Dużo uwagi poświęca się również niedokrwistości (anemii). Stężenie hemoglobiny, przy którym wskazane jest rozpoczęcie podawania żelaza, wynosi 11 g/dl. Podaż preparatów żelaza może być doustna, ale jeśli jest to niemożliwe lub niewystarczające, należy zastosować drogę dożylną, z optymalizacją za pomocą preparatów pozwalających na podaż w bolusie (krótkim wlewie).

### 18.3.3. Niestosowanie premedykacji

Udzielenie choremu odpowiednich informacji przed zabiegiem pozwala zmniejszyć stopień jego zdenerwowania do poziomu, w którym nie ma już potrzeby podawania leków uspokajających. Innymi korzystnymi czynnikami są: unikanie długich okresów głodzenia oraz przestrzeganie wytycznych protokołu ERAS dotyczących spożycia węglowodanów. W ciągu 12 godz. po zabiegu należy unikać podawania długo działających leków uspokajających, ponieważ wpływają one negatywnie na szybki powrót pacjentów do zdrowia przez pogarszanie ich zdolności ruchowych oraz utrudnienie przyjmowania pokarmów. Efekty stosowania leków nasennych (szczególnie doustnych) w celu złagodzenia pobudzenia mogą

być nieprzewidywalne i niekorzystne, szczególnie u chorych przyjmowanych do szpitala w dniu zabiegu, dlatego najlepiej unikać tych leków. Jeżeli jest to konieczne, można podać krótko działające leki przeciwbólowe (np. fentanyl w połączeniu z małymi, wzrastającymi dawkami midazolamu lub propofolu) u chorego monitorowanego.

### 18.3.4. Brak głodzenia przed operacją

Głodzenie okołoperacyjne od północy dnia poprzedzającego zabieg zupełnie nie jest konieczne. Wprost przeciwnie – pacjenci powinni przyjmować posiłki do 2 godz. przed zabiegiem, tak aby nie byli operowani w fazie głodzenia (co wiąże się z rozpoczęciem procesów glukoneogenezy z białek mięśni szkieletowych). Należy przy tym przestrzegać następujących zasad:

- stałe pokarmy można przyjmować do 6 godz. przez znieczuleniem;
- płyny klarowne, czyli płyny zawierające węglowodany (przygotowane przemysłowo, najczęściej 12,5% roztwór maltodekstryny) lub węglowodany z niewielką domieszką białka, można, a nawet należy przyjmować do 2 godz. przed znieczuleniem.

Przedstawione wyżej postępowanie bardzo znacząco poprawia pooperacyjną odpowiedź metaboliczną przez: zmniejszenie insulinooporności, poprawę bilansu azotowego, przyspieszenie powrotu prawidłowej czynności przewodzenia pokarmowego oraz zmniejszenie uczucia pragnienia, zdenerwowania i odczuwania bólu.

### 18.3.5. Przygotowanie jelita grubego przed operacją

Rozważania dotyczące przygotowania jelita przed zabiegiem resekcyjnym współcześnie dotyczą jedynie zabiegów kolorektalnych, gdyż w przypadku innych zabiegów nie ma w ogóle konieczności przygotowania jelit.

W świetle wyników obecnych badań rutynowe przygotowanie jelita okrężnicy i odbytnicy do zabiegu operacyjnego za pomocą dekontaminacji i osmotycznego płukania nie jest konieczne. Opublikowana w 2011 roku analiza Cochrane (obejmująca łącznie 18 badań z randomizacją i 5808 chorych) nie wykazała, aby brak takiego przygotowania jelita wiązał się z większym ryzykiem wystąpienia nieszczelności zespolenia, rozwoju ropni wewnątrzbrzusznych, przetok bądź zakażenia miejsca operowanego lub zgonu.

Wiadomo ponadto, że oczyszczenie jelita wiąże się z istotnym ryzykiem odwodnienia i zaburzeń elektrolitowych, co w konsekwencji istotnie opóźnia powrót