

Просмотрите обсуждения, статистику и профили авторов для этой публикации по адресу:
<https://www.researchgate.net/publication/233396774>

ПРОФИЛАКТИКА СПАЕК В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ: ЕВРОПЕЙСКОЕ РУКОВОДСТВО 2012 г.

Статья в Gynecological Surgery · Ноябрь 2012 г.

DOI: 10.1007 / s10397-012-0764-2 · Источник: PubMed

8 авторов, включая,

Rudy Leon De Wilde
Больница Пиус Ольденбург
222 публикации, 1,326 цитирований

H.A.M. Brölmann
Vrije Universiteit Amsterdam
219 публикаций, 5,057 цитирований

Philippe R Koninckx
Итальяно-бельгийская группа, Лёвен Бельгия и
Рим Италия
356 публикаций, 11,889 цитирований

Arnaud Wattiez
337 публикаций, 5,685 цитирований

Gynecol Surg (2012) 9:365–368

DOI 10.1007/s10397-012-0764-2

ПЕРСПЕКТИВА

ПРОФИЛАКТИКА СПАЕК В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ: ЕВРОПЕЙСКОЕ РУКОВОДСТВО 2012 г.

**Руди Леон де Вильд, Ханс Брёлманн, Филипп Роберт Конинкс, Пер Лундорф,
Адриан М. Лоуэр, Арно Ваттис, Михал Мара, Маркус Валвинер**

**Группа экспертов по борьбе со СПАЙКООБРАЗОВАНИЕМ в гинекологии
(ANGEL)**

Получено: 23 мая 2012 г. / Принято: 6 августа 2012 г. / Опубликовано онлайн: 24 августа 2012 г.

**© Автор (ы) 2012. Эта статья опубликована в открытом доступе на сайте
Springerlink.com**

Абстракт: Послеоперационные спаечные процессы наиболее часто встречаемые осложнения открытой или лапароскопической абдоминальной хирургии и источник серьёзной озабоченности из-за их потенциально драматических последствий. Предлагаемое руководство является началом крупной кампании по повышению осведомлённости о спаечных процессах и

предоставлению хирургам справочных материалов

R. L. De Wilde
Pius-Hospital Frauenklinik,
Oldenburg, Germany

H. Brölmann
VU University,
Amsterdam, The Netherlands

P. R. Koninckx
University Hospital Gasthuisberg, Katholieke Universiteit, Leuven, Belgium

P. Lundorff
Viborg Hospital,
Viborg, Denmark

A. M. Lower
The Womens' Health Partnership Ltd,
London, UK

A. Wattiez
Hôpital de Hautepierre,
Strasbourg, France

M. Mara
Charles University,
Prague, Czech Republic

M. Wallwiener (*)
Department of Obstetrics and Gynaecology,
University of Heidelberg,
Vosstr. 9,
Heidelberg 69115, Germany
e-mail: markus.wallwiener@googlemail.com

по профилактике спаек адаптированное к условиям их повседневной практики.

Риск послеоперационных спаек следует систематически обсуждать с любой пациенткой, которой назначена открытая или лапароскопическая абдоминальная операция, до получения ее информированного согласия. Хирурги должны совмещать стратегию сокращения спайкообразования с высоким уровнем хирургической техники. Противоспаечные агенты являются дополнительной возможностью, особенно при процедурах с высоким риском образования спаек, таких как хирургия яичников, эндометриоз, хирургия маточных труб и миомэктомия. Мы пришли к выводу, что правильная хирургическая практика имеет первостепенное значение для уменьшения образования спаек и что в некоторых случаях антиадгезионные агенты могут способствовать предотвращению спаек в определённых случаях.

Ключевые слова: Спайки. Адгезиолиз. Предотвращение адгезии. Руководство по лечению. Антиадгезионные агенты.

Послеоперационные спайки - фиброзные связи, возникающие между тканями и органами в результате хирургической травмы, - стали наиболее частым осложнением открытых или лапароскопических операций на брюшной полости и источником серьезной озабоченности из-за их потенциально драматических последствий. Лишь немногие специалисты осведомлены о масштабах проблемы спаек. Спайки являются осложнением хирургического вмешательства, и проблемы, которые они вызывают, могут быть серьезными. Недостаточная осведомленность о спаечных заболеваниях и связанных с ними заболеваниях делает многих врачей неспособными оказывать помощь, страховые компании не хотят платить, а пациенты уходят со своими жалобами. Что касается того факта, что почти каждая операция на брюшной полости вызывает спайки, непроходимость кишечника из-за спаек может привести к смерти, а у многих пациентов после операций возникают стойкие боли, диспареуния, бесплодие или кишечные жалобы, удивительно, что существует такое отсутствие интереса и научных исследований.

Адгезиолиз, наиболее распространенное лечение послеоперационных спаек, часто применяемое при реформации спаек. Чтобы гарантировать, что их пациенты получают наилучший стандарт лечения и избежать судебных исков, связанных с адгезией, хирурги должны регулярно принимать эффективные меры для предотвращения послеоперационных спаек.

В нескольких консенсусных заявлениях о предотвращении спаек даются аналогичные рекомендации, основанные на имеющихся доказательствах [1–5]. Однако формат этих академических документов может быть недостаточно практичным для занятого хирурга-гинеколога.

Предлагаемое руководство является началом основной концепции и работы, направленной на повышение осведомленности о спаечных процессах в целом, расширении научных исследований и, в конце концов, уменьшение связанных с адгезией заболеваний у наших пациентов.

Это «практическое руководство», составленное группой европейских экспертов, призвано предоставить хирургам краткое справочное руководство по профилактике спаек,

адаптированное к условиям их повседневной практики. Послеоперационные спайки - фиброзные связи, возникающие между тканями и органами в результате хирургической травмы - стали наиболее частым осложнением открытых или лапароскопических операций на брюшной полости и источником серьезной озабоченности из-за их потенциально драматических последствий.

Лишь немногие специалисты осведомлены о масштабах проблемы спаек. Спайки являются осложнением хирургического вмешательства, и проблемы, которые они вызывают, могут быть серьезными. Недостаточная осведомленность о спаечных заболеваниях и связанных с ними заболеваниях делает многих врачей неспособными оказывать помощь, страховые компании не хотят платить, а пациенты уходят со своими жалобами [6, 7].

Что касается того факта, что почти каждая операция на брюшной полости вызывает спайки, непроходимость кишечника из-за спаек может привести к смерти, а у многих пациентов после операций возникают стойкие боли, диспареуния, бесплодие или кишечные жалобы, удивительно, что существует такое отсутствие интереса и научных исследований.

Адгезиолиз, наиболее распространенное лечение послеоперационных спаек, часто применяется при реформации спаек. Чтобы гарантировать, что их пациенты получают наилучший стандарт лечения и избежать судебных исков, связанных с адгезией, хирурги должны регулярно принимать эффективные меры для предотвращения послеоперационных спаек.

В нескольких консенсусных заявлениях о предотвращении спаек даются аналогичные рекомендации, основанные на имеющихся доказательствах [1–5]. Однако формат этих академических документов может быть недостаточно практичным для занятого хирурга-гинеколога.

Предлагаемое руководство является началом основной концепции и работы, направленной на повышение осведомленности о спаечных процессах в целом, расширении научных исследований и, в конце концов, уменьшение связанных с адгезией заболеваний у наших пациентов.

Это «практическое руководство», составленное группой европейских экспертов, призвано предоставить хирургам краткое справочное руководство по профилактике спаек, адаптированное к условиям их повседневной практики.

Что нужно знать о послеоперационных спаечных процессах и их последствиях?

Спайки стали наиболее частым осложнением абдоминальной хирургии – затрагивают 93% пациентов, перенесших какие-либо операции на брюшной полости / тазу [5], и являются важным источником послеоперационных проблем.

- Общий риск повторной госпитализации из-за спаек после лапароскопической или открытой операции сопоставим [8]
- Более одной трети пациентов, перенесших обширную открытую операцию, повторно госпитализируются с осложнениями, связанными со спаечным процессом, в течение 10 лет [9]
- Спайки составляют 56% осложнений повторного вмешательства [10]
- Семьдесят четыре процента случаев непроходимости кишечника происходят из-за послеоперационных спаек [11]
- Спайки связаны с заметным риском энтеротомии в 19% случаев и у 10–25% пациентов, перенесших открытую и лапароскопическую операцию, соответственно [12, 13]
- Спайки являются причиной 20-40% случаев вторичного бесплодия у женщин [14, 15]

Кроме того, спаечные процессы вызывают большое количество повторных вмешательств, увеличивают время пребывания в больнице, увеличивают время повторного вмешательства и могут сделать невозможным применение минимально инвазивной хирургии. И последнее, но не менее важное: лечение спаек и связанных с ними осложнений накладывает огромное экономическое бремя. В Великобритании стоимость повторной госпитализации, связанной со спаечным процессом, оценивалась в 24,2 и 95,2 миллиона фунтов стерлингов через 2 и 5 лет после операции соответственно [16].

Шесть основных правил профилактики послеоперационного спаечного процесса в гинекологической хирургии [2]

1. Риск послеоперационных спаек следует систематически обсуждать с любым пациентом, которому назначена открытая или лапароскопическая абдоминальная операция, до получения его / ее информированного согласия.

2. Хирурги должны принимать меры для уменьшения послеоперационных спаек, чтобы выполнять свои обязанности по уходу за пациентами, перенесшими абдоминальную операцию.

3. Хирурги должны принять рутинную стратегию уменьшения спаек, по крайней мере, для пациентов, подвергающихся хирургическому вмешательству с высоким риском, включая:

- (a) Хирургию яичников;
- (б) Хирургию эндометриоза;
- (c) Хирургию маточных труб;
- (d) Миомэктомию;
- (e) Адгезиолиз

4. Хорошая хирургическая техника – основа любой стратегии уменьшения спаек

- (a) Осторожно обращайтесь с тканями с помощью техники увеличения хирургического (операционного) поля;
- (b) Фокус на плановой операции и если будет выявлена какая-либо вторичная патология, перед продолжением оцените соотношения риска и пользы хирургического лечения;
- (c) Выполнить тщательный гемостаз и обеспечить тщательное выполнение прижигания;
- (d) По возможности сократить время и частоту коагуляции, а после завершения промыть полость и аспирировать все частички ткани, диспергированные во время процедуры;
- (e) Иссекать ткань —сокращать фульгурацию;

(f) Сокращать продолжительность хирургической операции;

(g) Снижать давление и продолжительность пневмоперитонеума при проведении лапароскопической хирургии;

(h) Снижать риск развития инфекции;

(i) Сокращать иссушение тканей;

(j) Использовать по потребности частую ирригацию и аспирацию в лапароскопической и лапаротомической хирургии;

(k) Сокращать число накладываемых швов и выбирать качественный инертный шовный материал;

(l) По возможности избегать применения посторонних материалов, например, материалы с рыхлыми волокнами;

(m) Избегать использования неперитонезированных имплантов и сеток;

(n) Минимально использовать сухие полотенца и губки при лапаротомии;

(o) Использовать перчатки без крахмала и латекса при лапаротомии

5. Хирурги должны рассмотреть возможность применения агентов, снижающих спайкообразование, как часть стратегии уменьшения адгезии;

(a) Уделить особое внимание агентам, с подтвержденной безопасностью при рутинной хирургии и эффективностью предотвращения спаек.

(b) Практичность, простота использования и стоимость агентов должны влиять на их выбор для повседневной практики.

6. Надлежащая медицинская практика предполагает обсуждение перед операцией любых серьезных или часто возникающих рисков до получения информированного согласия пациента.

Для женщин, перенесших гинекологические операции, и особенно тех, кто подвергается хирургическим вмешательствам на трубах и яичниках, которые хотят забеременеть, внедрение надлежащей хирургической практики вместе с применением агентов, уменьшающих спаечность, имеет первостепенное значение для уменьшения спайкообразования.

Как и все представители здравоохранения, хирурги, обязаны улучшать качество жизни пациентов, внедряя лучшие врачебные практики – включая шаги по сокращению спайкообразования.

Благодарности Эта публикация была поддержана неограниченным образовательным грантом от Nordic Pharma GmbH, Исманинг, Германия.

Декларация о заинтересованности Эта публикация была поддержана неограниченным образовательным грантом от Nordic Pharma GmbH, Исманинг, Германия.

Открытый доступ Эта статья распространяется в соответствии с условиями лицензии Creative Commons Attribution License, которая разрешает любое использование, распространение и воспроизведение на любом носителе при условии указания автора (авторов) и источника.

recommendations of a multinational inter-disciplinary consensus conference. *Surg Innov* 17:183–188

4. Robertson D, Lefebvre G, Leyland N et al (2012) Adhesion prevention in gynaecological surgery. *J Obstet Gynaecol Can* 32:598–608

5. Hirschelmann A, Tchartchian G, Wallwiener M, Weyhe D, Hackethal A, De Wilde RL (2010) A review of the problematic adhesion prophylaxis in gynaecological surgery. *Arch Gynecol Obstet* 285(4):1089–1097

6. Hirschelmann A, Wallwiener CW, Wallwiener M, Weyhe D, Tchartchian G, Hackethal A, De Wilde RL (2012) Is patient Education about adhesions a requirement in abdominopelvic surgery? *Geburtsh Frauenheilk* 72:299–304

7. Kraemer B, Birch JC, Birch JV, Petri N, Ahmad U, Marikar D, Wallwiener M, Wallwiener C, Foran A, Rajab TK (2011) Patients' awareness of postoperative adhesions: results from a multi-centre study and online survey. *Arch Gynecol Obstet* 283(5):1069–1073

8. Lower AM, Hawthorn RJ, Clark D, Surgical and Clinical Research (SCAR) Group et al (2004) Adhesion-related readmissions following gynaecological laparoscopy or laparotomy in Scotland: an epidemiological study of 24,046 patients. *Hum Reprod* 19:1877–1885

9. Monk BJ, Berman ML, Montz FJ (1994) Adhesions after extensive gynecologic surgery: clinical significance, etiology, and prevention. *Am J Obstet Gynecol* 170(5 Pt 1):1396–1403

10. Ellis H, Moran BJ, Thompson JN et al (1999) Adhesion-related hospital readmissions after abdominal and pelvic surgery: a retrospective cohort study. *Lancet* 353:1476–1480

11. Ellis H (1998) The magnitude of adhesion related problems. *Ann Chir Gynaecol* 87:9–11

12. Van Der Krabben AA, Dijkstra FR, Nieuwenhuijzen M et al (2000) Morbidity and mortality of inadvertent enterotomy during adhesiotomy. *Br J Surg* 87:467–471

13. Swank DJ, Swank-Bordewijk SC, Hop WC et al (2003) Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain: a blinded randomised controlled multi-centre trial. *Lancet* 361:1247–1251

14. Hershlag A, Diamond MP, DeCherney AH (1991) Adhesiolysis. *Clin Obstet Gynecol* 34:395–402

15. Mishell DR, Davajan V (1991) Evaluation of the infertile couple. In: Mishell DR Jr, Davajan V, Lobo RA (eds) *Infertility contraception and reproductive endocrinology*, 3rd edn. Blackwell, Boston, pp 557–570

16. Wilson MS, Menzies D, Knight AD, Crowe AM (2002) Demonstrating the clinical and cost effectiveness of adhesion reduction strategies. *Colorectal Dis* 4:355–360

References

1. Trew G (2004) Consensus in adhesion reduction management. *Obstet Gynaecol* 6 (suppl 2):1–16

2. De Wilde RL, Trew G (2007) Postoperative abdominal adhesions and their prevention in gynaecological surgery. Expert consensus position. Part 2—steps to reduce adhesions. *Gynecol Surg* 4:243–253

3. Diamond MP, Wexner SD, diZerega GS et al (2012) Adhesion prevention and reduction: current status and future