© Коллектив авторов, 2018
УДК 616.381-089.48
DOI: 10.24884/0042-4625-2018-177-4-86-88

В. П. Земляной, Б. В. Сигуа, Б. П. Филенко, Н. И. Глушков, А. А. Курков, В. А. Игнатенко

ЕЩЕ РАЗ К ВОПРОСУ О ДРЕНИРОВАНИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Едва ли не каждая операция на брюшной полости заканчивается дренированием. Однако, судя по данным иностранной литературы, в мире все чаще отказываются от этой методики. Основываясь на данных отечественной и иностранной литературы, проанализированы показания и произведена оценка необходимости дренирования брюшной полости при различных видах оперативных вмешательств.

Ключевые слова: *дренирование брюшной полости, несостоятельность анастомоза, лапароскопия*

V. P. Zemlyanoy, B. V. Sigua, B. P. Filenko, N. I. Glushkov, A. A. Kurkov, V. A. Ignatenko

Once again on the issue of abdominal drainage

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov», Russia, St. Petersburg

Almost every operation on the abdomen ends with drainage. However, according to the data of foreign publications, surgeons all over the world refuse this technique increasingly. Based on the data of domestic and foreign publications, the indications and the need for abdominal drainage in various types of surgical interventions were analyzed.

Keywords: *abdominal drainage, anastomosis failure, laparoscopy*

Дренирование брюшной полости (ДБП) давно и широко практикуется хирургами после различных видов оперативных вмешательств как достаточно эффективный метод профилактики послеоперационных осложнений. При выборе числа дренажей, а также точек их установки часто руководствуются эмпирическими принципами, унаследованными от предшественников. Однако целесообразность дренирования брюшной полости в последние годы привлекает все бóльший интерес хирургов как в России, так и за рубежом. Об этом свидетельствуют участившиеся в последние годы сообщения, ставящие под сомнение необходимость данного этапа хирургического лечения [1–5].

До начала XX в. необходимость ДБП после оперативного вмешательства не вызывала сомнений. Фактическим лозунгом абдоминального хирурга стала фраза R. Tait: «Сомневаешься – дренируй!» [4, 5]. Однако сегодня, когда хирургия фактически находится на позициях доказательной медицины, многие хирурги стали скептически подходить к данному вопросу. Справедливости ради, необходимо отметить, что в медицинской литературе встречались единичные публикации, призывающие к избирательному подходу в вопросе дренирования. Так, в 1925 г. М. Д. Иерсон опубликовал сообщение о благоприятном исходе после оперативных вмешательств, выполненных по поводу перитонита, развившегося на фоне перфорации язв или гангренозного аппендицита, без осуществления дренирования [6, 7]. H. Kelly [5] и вовсе высказывал такое мнение, что «дренаж – это признание дефектной хирургии». Несмотря на то, что на протяжении всего XX в. данный вопрос оставался открытым, все же доминировала концепция обязательного дренирования брюшной полости.

Отличительной особенностью современного периода развития хирургии является доказательный подход к клиническим исследованиям. Появившиеся технические возможности в проведении рандомизированных многоцентровых исследований позволили накопить и обобщить клинический опыт в различных разделах медицины. Кроме того, благодаря техническому прогрессу существенно изменилось «лицо» современной хирургии. Это стало возможным благодаря внедрению современных аппаратных методик, использующихся для разделения тканей, коагуляции сосудов и формирования анастомозов, активному применению лапароскопической техники, что, в свою очередь, позволило снизить частоту таких послеоперационных осложнений, как кровотечение и несостоятельность анастомоза. В этой связи вновь возникла необходимость в пересмотре концепции обязательного ДБП.

На сегодняшний день представители классической хирургической школы выделяют «профилактические» и «лечебные» показания к ДБП [2, 3].

Показания для *лечебного* ДБП: 1) обеспечение оттока внутрибрюшного отделяемого, в первую очередь, гноя, при абсцессах; 2) контроль за источником инфекции – желчные свищи, свищи желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при невозможности ушивания дефекта.

Показания для *профилактического* ДБП: 1) эвакуация остатков серозной жидкости или крови из брюшной полости с целью предупреждения развития гнойно-септических осложнений; 2) оповещение о возможных осложнениях: а) контроль развития внутрибрюшного кровотечения в послеоперационном периоде; б) диагностика ранней несостоятельности

межкишечного анастомоза, культи кишки, пузырного протока, ушитого перфоративного отверстия.

Казалось бы, показания к лечебному ДБП являются незыблемыми и, учитывая литературные данные, практически не оспариваются современными хирургами. Однако в 2004 г. H. Petrowsky и соавт. [5] опубликовали сообщение о том, что необходимо избегать дренирования при любых формах аппендицита, даже в условиях периаппендикулярного абсцесса при перфоративном аппендиците. Автор апеллирует к тому, что хирург, выполняя аппендэктомию, в любом случае вскрывает гнойный очаг и проводит его санацию, а впоследствии эту полость заполняют петли тонкой кишки и большой сальник. После этого активация механизмов перитонеальной защиты вкупе с послеоперационным курсом антибиотикотерапии полностью нивелируют воспалительный процесс, чему наличие инородного тела в этой области может только помешать.

Большинство проведенных рандомизированных исследований [1, 2, 8] подтверждают, что отказ от ДБП после аппендэктомии, как минимум, не увеличивает частоту послеоперационных гнойных осложнений, а в некоторых публикациях и вовсе отмечают их снижение. Помимо выявленной бесполезности ДБП, его выполнение увеличивает индекс болевых ощущений и общую стоимость лечения.

Поднимая дискуссию о целесообразности ДБП у больных с перитонитом, показания необходимо рассматривать не в общем, а применительно к каждой группе случаев. Так, хирургическое лечение перитонита у пациентов пожилого и старческого возраста со сниженной реактивностью организма, несомненно, на завершающем этапе лечения требует ДБП. Самостоятельно эти пациенты, несмотря на достижения в противомикробной терапии, не смогут преодолеть массивную инфекционную агрессию на организм, а значит, инфекционный агент должен быть удален. Дренажи в брюшной полости будут способствовать освобождению ее от гнойного экссудата и помогать восстановлению защитных функций организма. На это еще в 1956 г. обращал внимание И. И. Греков [2, 9,10]. Другая категория пациентов – с метаболическим синдромом. В этой группе, вероятно, даже при ограниченном инфекционном процессе в брюшной полости, после хирургического устранения очага инфекции, из-за риска развития гнойных осложнений, целесообразно дренировать брюшную полость и в последующем, при необходимости, ее санировать.

Следует отметить, что распространенные ранее способы травматичного разделения тканей с помощью зажимов, ножниц и даже пальцев хирурга уступили место современным электрокоагулятору, ультразвуковому скальпелю, что обеспечивает возможность прецизионного выделения тканей и, тем самым, приводит к меньшему их повреждению и, соответственно, уменьшению транссудации жидкости в послеоперационном периоде. Появление в современной хирургии технологического вектора ставит под сомнение вопрос о целесообразности профилактического ДБП.

Сегодня наиболее частым оперативным вмешательством в мире является холецистэктомия, которая нередко завершается ДБП. Так, по данным нескольких рандомизированных исследований [5, 7, 11], выполненных в начале XXI в., не было установлено достоверных различий между пациентами, которым после плановой холецистэктомии осуществляли либо не осуществляли дренирование брюшной полости. Несмотря на убедительные данные, после лапароскопического способа холецистэктомии хирурги по инерции продолжают рутинно выполнять ДБП. Поэтому в 2004 г. H. Petrowsky и соавт. [5] проанализировали частоту и характер послеоперационных осложнений после лапароскопической холецистэктомии и установили, что скопления желчи, крови и серозной жидкости в абсолютном большинстве случаев протекают бессимптомно, легко контролируются с помощью ультразвукового исследования (УЗИ), со временем всасываются брюшиной, и необходимости в обязательном ДБП нет. Несмотря на это, большинство хирургов продолжают использовать ДБП в качестве завершающего этапа операции, мотивируя это необходимостью контроля гемо- и холестаза. В такой ситуации дренаж необходимо удалить как можно скорее, так как отсутствие поступления отделяемого по нему в течение суток после операции говорит о его бесполезности [2]. При возникновении активного кровотечения в зоне оперативного вмешательства оно достаточно легко может быть диагностировано на основании клинических данных в совокупности с клиническим анализом крови и данными УЗИ.

Гораздо более спорным вопросом остается необходимость ДБП при ушивании перфоративных язв или формировании межкишечных анастомозов с целью контроля возможной несостоятельности [12]. Следует отметить, что активно оспаривать обязательное ДБП некоторые хирурги стали после широкого внедрения в клиническую практику сшивающих аппаратов, которые позволили снизить частоту развития несостоятельности анастомозов. К тому же несостоятельность, как правило, имеет характерную клиническую картину в связи с поступлением агрессивного кишечного или желудочного содержимого в брюшную полость и проявляется клинически чаще всего к 3–4-м суткам после операции, т. е. в те сроки, когда дренаж уже удален. Конечно, установленный в зоне анастомоза или культи кишки дренаж помогает обеспечить раннюю диагностику несостоятельности, однако не предотвращает ее развитие и не отменяет необходимость повторной операции. Более того, по мнению ряда авторов [2], своевременное контрастное исследование позволяет получить больше информации, чем любой зачастую плохо установленный дренаж.

К вопросу ДБП после оперативных вмешательств на толстой кишке особое отношение, и большинство хирургов предпочитают завершать операцию дренированием. Однако опубликованный D. R. Urbach и соавт. в 1999 г. [13] метаанализ продемонстрировал отсутствие увеличения частоты послеоперационных осложнений у пациентов, которым при операциях на толстой кишке ДБП не выполняли. К такому же выводу пришли в своем исследовании A. Karliczek и соавт. в 2006 г. [14]. Кроме того, некоторые критики ДБП при формировании колоректальных анастомозов утверждают, что сам дренаж непосредственно вызывает несостоятельность и даже хорошо установленный дренаж не всегда функционирует и вовремя указывает на развившееся осложнение [9]. В большом числе современных работ было показано, что практически все внутрибрюшные дренажи забиваются фибрином и окружающими тканями в течение 24–48 ч и, по сути, дренируют сами себя. Так, в том же метаанализе, проведенном D. R. Urbach и соавт. [13], отмечен тот факт, что лишь у 1 больного из 4 при развитии несостоятельности анастомоза кишечное содержимое появилось в дренаже.

Следует обратить особое внимание на то, что и сам дренаж может привести к таким осложнениям, как формирование наружного кишечного свища, кровотечение, длительное истечение серозной жидкости из брюшной полости, а также нагноение в области дренажного канала [15, 16]. Кроме того, отказ от рутинного ДБП, помимо того, что не приводит

к росту числа осложнений, сокращает расходы на лечение пациента [8, 16].

В наше время многие отечественные хирурги также стали уделять больше внимания данному вопросу. Все чаще появляются в отечественной литературе исследования, указывающие на отсутствие необходимости профилактического ДБП [1–3]. В то же время не подвергаются сомнению показания к лечебному ДБП, когда оно осуществляется в условиях перитонита с целью контроля за неудалимым источником инфекции (несостоятельность дуоденальной культи или эзофагогастроанастомоза), а также при внутрибрюшных абсцессах. Безусловно, в данных ситуациях применение ДБП полностью оправданно.

Основываясь на уже опубликованных данных, рутинное использование ДБП с профилактической целью должно быть пересмотрено, показания к выполнению ДБП, в первую очередь, в плановой хирургии, несомненно, должны быть сужены, для чего требуется проведение бóльшего числа исследований с последующей дискуссией и обсуждением полученных результатов. И, быть может, тогда знаменитая фраза: «Сомневаешься – дренируй!», – может, если и не уйти в историю, то, по крайней мере, измениться на: «Сомневаешься (в целесообразности) – не дренируй!».

Конфликт интересов / Conflict of interest

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов. / Authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Сопуев А. А., Акматов Т. А., Сыдыков Н. Ж. и др. К вопросу о дренировании брюшной полости после операций на дистальных отделах ЖКТ // Вестн. КГМА им. И. К. Ахунбаева. 2017. № 1. С. 83–85. [Sopuev A. A., Akmatov T. A., Sydykov N. Zh. et al. K voprosu o drenirovanii bryushnoi polosti posle operatsii na distalnykh otdelakh ZHKT // Vestnik KGMA im. I. K. Akhunbaeva. 2017. № 1. P. 83–85].
2. Шевченко Ю. Л., Стойко Ю. М., Зубрицкий В. Ф. и др. Необходимо ли дренирование брюшной полости при перитоните. Новый взгляд на старую проблему // Вестн. Нац. медико-хир. Центра им. Н. И. Пирогова. 2012. Т. 7, № 3. С. 11–14. [Shevchenko U. L., Stoiko U. M., Zubritskii V. F. et al. Neobkhodimo li drenirovanie bryushnoi polosti pri peritonite. Novyi vzglyad na staruyu problemu // Vestnik Natsionalnogo mediko-khirurgicheskogo Tsentra im. N. I. Pirogova. 2012. Vol. 7, № 3. P. 11–14].
3. Шелыгин Ю. А., Ачкасов С. И., Шахматов Д. Г. Всегда ли нужно дренировать брюшную полость после плановых колопроктологических операций? // Анн. хир. 2012. № 5. С. 45–47. [Shelygin U. A., Achkasov S. I., Shakhmatov D. G. Vsegda li nuzhno drenirovat' bryushnuyu polost posle planovykh koloproktologicheskikh operatsii? // Annaly khirurgii. 2012. № 5. P. 45–47].
4. Broome A. E., Hansson L. C., Tyger J. F. Effi ciency of various types drainage of the peritoneal cavity – an experimental study in man // Acta Chir. Scand. 1983. № 149. P. 53–55.
5. Petrowsky H., Demartines N., Rousson V. et al. Evidence-based value of prophylactic drainage in gastrointestinal surgery : a systematic review and meta-analyses // Ann. Surg. 2004. Vol. 240. P. 1074–1084.
6. Фёдоров В. Д., Гостищев В. К., Ермолов А. С. и др. Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больных // Хирургия. 2000. № 2. С. 58–62. [Fedorov V. D., Gostishchev V. K., Ermolov A. S. et al. Sovremennye predstavleniya o klassifikatsii peritonita i sistemakh otsenki tyazhesti sostoyaniya bolnykh // Khirurgiya. 2000. № 2. P. 58–62].
7. Nursal T. Z., Yildirim S., Tarim A. et al. Effect of drainage on postoperative nausea, vomiting, and pain after // Langenbecks Arch. Surg. 2003. № 388. P. 95–100.
8. Wasey N., Baughan J., de Gara C. J. Prophylaxis in elective colorectal surgery : the cost of ignoring the evidence // Can. J. Surg. 2003. Vol. 46, № 4. P. 279–284.
9. Послеоперационный перитонит как причина смерти / Н. Г. Харкевич, В. И. Петухов, Т. Н. Исаченко, Т. И. Яговдик // Новости хир. 1998. № 2. С. 116. [Posleoperatsionnyi peritonit kak prichina smerti / N. G. Kharkevich, V. I. Petukhov, T. N. Isachenko, T. I. Yagovdik // Novosti khirurgii. 1998. № 2. P. 116].
10. Dominguez E. P., Giammar D., Baumert J. et al. Prospective study of bile leaks after laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis // Am. Surg. 2006. Vol. 72. P. 265–268.
11. Lewis R. T., Goodall R. G., Marien B. et al. Simple elective cholecystectomy : to drain or not // Am. J. Surg. 1990. Vol. 159. P. 241–245.
12. Lee Y. J., Leung K. L., Lai P. B. S. et al. Selection of patients for laparoscopic repair of perforated peptic ulcer // Brit. J. Surg. 2001. № 88. P. 133–136.
13. Urbach D. R., Kennedy E. D., Cohen M. M. Colon and rectal anastomoses do not require routine drainage : a systematic review and meta-analysis // Ann. Surg. 1999. № 229. P. 174–180.
14. Karliczek A., Jesus E. C., Matos D. et al. Drainage or nondrainage in elective colorectal anastomosis : a systematic review and meta-analysis // Colorectal. Dis. 2006. Vol. 8, № 4. P. 259–265.
15. Merad F., Yahchouchi E., Hay J. M. et al. Prophylactic abdominal drainage after elective colonic resection and suprapromontory anastomosis : a multicenter study controlled by randomization. French Associations for Surgical Research // Arch. Surg. 1998. Vol. 133, № 3. P. 309–314.
16. Rotstein O. D., Meakins J. L. Diagnostic and therapeutic challenges of intraabdominal infections // World J. Surg. 1999. Vol. 14. P. 159–166.

Поступила в редакцию 17.02.2018 г.

Сведения об авторах:

Земляной Вячеслав Петрович (e-mail: vyacheslav.zemlyanoy@szgmu.ru), д-р мед. наук, профессор, декан хирургического факультета, зав. кафедрой факультетской хирургии им. И. И. Грекова; *Сигуа Бадри Валериевич* (e-mail: dr.sigua@gmail.com), д-р мед. наук, профессор, доцент кафедры факультетской хирургии им. И. И. Грекова; *Филенко Борис Петрович* (e-mail: boris.filenko@szgmu.ru), д-р мед. наук, профессор кафедры факультетской хирургии им. И. И. Грекова; *Глушков Николай Иванович* (e-mail: nikolau.glushkov@spb.mapo.ru), д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей хирургии; *Курков Алексей Андреевич* (e-mail: dok.kurkov@gmail.com), врач-хирург хирургического отделения № 2 Больницы им. Петра Великого СЗГМУ им. И. И. Мечникова; *Игнатенко Виктор Анатольевич* (e-mail: vik266@yandex.ru), зав. 2-м хирургическим отделением; Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, 191015, Россия, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д.41.