

УДК 616.149-008.331.1-089.168.1:616.36-004

© Ф.Г.Назыров

К обсуждению статьи Ю.Л.Шевченко с соавторами "К вопросу о дренировании брюшной полости при перитоните"

Ф.Г.НАЗЫРОВ

To discuss the article Yu.L.Shevchenko et al. "On the drainage of the abdominal cavity in peritonitis"

F.G.NAZYROV

Республиканский специализированный центр хирургии им. академика В.Вахидова, Узбекистан, г. Ташкент

*К обсуждению статьи Ю.Л.Шевченко и соавт. "К вопросу о дренировании брюшной полости при перитоните"
(Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2012; Т.V, №2; 376-379)*

В развитии современной хирургии можно выделить несколько глобальных направлений, повлиявших на научно-практическую доктрину выбора метода и способа лечения различной абдоминальной патологии. Безусловно, лидирующие позиции занимают разработки новых хирургических технологий, а именно внедрение высокотехнологичных методик на основе совершенствования хирургического оборудования и инструментария. Другим актуальным направлением остается возможность совершенствования технических особенностей операций и разработка новых способов вмешательств. Немаловажным аспектом являются современные достижения медикаментозной поддержки и значительно расширенная альтернативная возможность эффективной консервативной терапии.

На сегодняшний день, благодаря научно-техническому прогрессу и накопленному опыту ведущих мировых хирургических школ, были пересмотрены многие направления в практической хирургии. Это касается целого ряда вопросов относительно выбора способа лечения, показаний к необходимости хирургического лечения и т.д. И как в любой научной дисциплине, развитие хирургии и внедрение новых методик далеко не всегда первоначально позитивно воспринималось авторитетной широкой хирургической аудиторией. В качестве примера можно привести многочисленные первичные негативные мнения относительно внедрения миниинвазивной хирургии, которая в настоящий период не просто стремительно развивается, но и стала наиболее перспективным направлением, вытесняющим по многим нозологиям традиционные вмешательства.

Однако, если технологический прогресс, при своей преемственности, получает дальнейшее развитие и всеобщее одобрение, то пересмотр некоторых, казалось бы, традиционных постулатов в хирургии не всегда быстро находит поддержку широкой общественности, даже несмотря на высокий уровень доказательности и, казалось бы, однозначную очевидность

полученных данных. Вероятно, к такому вопросу можно отнести многолетнюю дискуссию относительно дренирования в абдоминальной хирургии.

Узловым аспектом этой дискуссии является отношение хирургов к дренированию брюшной полости после оперативных вмешательств. В настоящий период развития абдоминальной хирургии неоспоримый постулат «об обязательном дренировании брюшной полости» все чаще подвергается сомнению. Это приводит к тому, что современные тенденции в развитии этого вопроса сводятся к отрицанию необходимости дренирования брюшной полости не только в условиях плановой абдоминальной хирургии, но даже во многих сложных urgentных ситуациях. Этой теме и посвящена статья Ю.Л.Шевченко с соавт. «К вопросу о дренировании брюшной полости при перитоните», где приведен глубокий анализ современной литературы, подобранный с очевидным однозначным уклоном в сторону наметившейся тенденции «к отказу от дренирования». И, лишь заключение авторов смягчает категоричность напрашивающегося вывода о «нецелесообразности дренирования при перитоните».

Отказ от дренирования объясняется вероятностью инфицирования брюшной полости посредством сообщения с внешней средой через дренаж и, соответственно, повышением частоты послеоперационных гнойных осложнений [1, 2]. В ряде рандомизированных исследований было доказано, что профилактическое дренирование в хирургии пищевода и желудка не только не имеет преимуществ, но и способствует увеличению пребывания больного в стационаре [3-6]. По мнению Petrowsky H. et al. (2004), дренирование показано только после выполнения резекции пищевода или гастрэктомии, а большинство других желудочно-кишечных операций могут выполняться безопасно без профилактического дренирования. От дренирования можно воздержаться при выполнении резекции толстой и прямой кишки с первичным анастомозом, аппендэктомии на любой стадии аппендицита [7]. В настоящий период появились мнения, что традицион-

ное дренирование после наложения колоректального анастомоза не только не предотвращает развитие различных осложнений, но и способствует росту их частоты. Причиной этого может быть как механическое давление дренажной трубки, так и ее неадекватная дренажная функция с присасыванием в дренаж части стенки кишки или области анастомоза с последующим повреждением [8, 9].

Аналогичное заключение было сделано и по результатам дренирования в лапароскопической хирургии гепатобилиарной зоны [10]. По результатам 6 рандомизированных клинических исследований авторы пришли к выводу, что дренирование не только не приводит к улучшению результатов лапароскопической и традиционной холецистэктомии, но и после плановых миниинвазивных вмешательств способствует увеличению частоты раневой инфекции и сроков госпитализации больных [11].

Особый интерес вызывают исследования по профилактическому применению дренажей после резекции печени. По мнению авторов, дренирование после этих вмешательств не целесообразно, так как также способствует увеличению послеоперационных раневых инфекций и септических осложнений [12, 13, 14, 15].

Попытка найти в современной литературе масштабные обзорные исследования, отстаивающие обратную точку зрения, защищающую необходимость дренирования брюшной полости, в том числе при перитонитах, оказалась безуспешной. На фоне малочисленных доказательств в пользу многих видов дренирования в абдоминальной хирургии большинство хирургов продолжают стандартно следовать обычной практике «doing what I always do (делать то, что я всегда делаю)» [16].

Возникает очевидное противоречие между опубликованными выводами доказательной медицины, с одной стороны, интуицией, накопленным собственным опытом и индивидуальным мнением большинства практикующих хирургов, с другой стороны.

С учетом приведенных данных определяются явная тенденция к нивелированию одного из наиболее рациональных постулатов в хирургии – «дренирование». Результаты исследований открыто показывают, что дренирование брюшной полости не просто не даёт преимуществ, а нередко приводит к росту частоты

специфических послеоперационных осложнений, продлевает срок пребывания больных в стационаре. В связи с этим, ряд клиник не считают необходимым применение дренирования в хирургии большинства плановых и urgentных патологий.

Однако безоговорочно принять такой постулат как «нет необходимости дренирования при хорошо выполненной операции», с нашей точки зрения, очень сложно. Это связано не только с попыткой глобально изменить представление хирургов о такой аксиоме как необходимость дренирования, причем в диапазоне фактически всей абдоминальной хирургии, но и некоторыми собственными взглядами и многолетним опытом лечения этой категории пациентов, когда наличие дренажа в брюшной полости может принципиально повлиять на исход послеоперационного периода. Негативные последствия «напрасного» дренирования не могут быть сопоставлены с позитивной ролью дренажа в своевременной диагностике и лечения послеоперационного осложнения. Даже после технически безупречно выполненного оперативного вмешательства возможны осложнения, а своевременное их распознавание во многом зависит от выполненного дренирования брюшной полости.

Однако, безусловно, дренирование не должно быть причиной развития каких-либо осложнений (пролежней, повреждений, абсцессов и т.д.), на частоту которых могут оказывать влияние как технические, так и практические характеристики дренажных систем. Соответственно, для обеспечения хорошего дренирования имеют значение такие факторы как материал из которого выполнена дренажная трубка, ее диаметр, выбор оптимального для каждого случая способа дренирования, адекватное размещение дренажа, сроки дренирования, смена дренажей при необходимости и т.д.

Определяя свою точку зрения в этом вопросе, следует отметить следующее. Адекватное дренирование брюшной полости не должно влиять на частоту послеоперационных осложнений, связанных с наличием дренажа в брюшной полости. Даже при незначительном увеличении сроков госпитализации этот традиционный этап операции позволяет контролировать ситуацию в брюшной полости, обеспечивая своевременное выявление различных специфических осложнений, некоторые из которых при поздней верификации могут стать фатальными для больного.

Список литературы

1. Schein M. To drain or not to drain? The role of drainage in the contaminated and infected abdomen: an international and personal perspective. *World J. Surg.* 2008. 32:312-321.
2. Dominguez Fernandez E., Post S. Abdominal drainages. *Chirurg* 2003, 74:91-98.
3. Kim J., Lee J., Hyung W.J. et al. Gastric cancer surgery without drains: a prospective randomized trial. *J Gastrointest Surg.* 2004.8:727-732.
4. Kumar M, Yang S.B., Jaiswal V.K. et al. Is prophylactic placement of drains necessary aftersubtotal gastrectomy? *World J Gastroenterol.* 2007. 13:3738-3741.
5. Ishikawa K, Matsumata T, Kishihara F et al. Laparoscopy-assisted distal gastrectomy for early gastric cancer with versus without prophylactic drainage. *Surg Today.* 2011. 41:1049-1053.

6. Wang Z, Chen J, Su K et al. Abdominal drainage versus no drainage post gastrectomy for gastric cancer. 2011 Cochrane Database Syst Rev: CD008788.
7. 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 Dec;240(6):1074-84; discussion 1084-5.
8. Jesus E.C, Karliczek A., Matos D., et al. Prophylactic anastomotic drainage for colorectal surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004 Oct 18;(4): CD002100.
9. Memon M.A., Memon B., Memon M.I., et al. The uses and abuses of drains in abdominal surgery. *Hosp Med.* 2002 May; 63(5): 282-8.
10. Gurusamy K.S., Samraj K., Mullerat P., et al. Routine abdominal drainage for uncomplicated laparoscopic cholecystectomy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Oct 17;(4): CD006004.
11. Gurusamy K.S., Samraj K. Routine abdominal drainage for uncomplicated open cholecystectomy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Apr 18;(2): CD006003.
12. Belghiti J., Kabbej M., Sauvanet A. et al. Drainage after elective hepatic resection. A randomized trial. *Ann Surg.* 1993; 218: 748-753.
13. Burt B. M., Brown K., Jarnagin W. et al. An audit of results of a no-drainage practice policy after hepatectomy. *Am. J. Surg.* 2002; 184: 441-445.
14. Fong Y., Brennan M.F., Brown K. et al. Drainage is unnecessary after elective liver resection. *Am. J. Surg.* 1996; 171: 158-162.
15. Liu C.L., Fan S.T., Lo C.M., et al. Abdominal drainage after hepatic resection is contraindicated in patients with chronic liver disease. *Ann Surg.* 2004;239:194-201.
16. Pearl M.L., Rayburn W.F. Choosing abdominal incision and closure techniques: a review. *J Reprod Med.* 2004 Aug;49(8): 662-70.

Поступила 26.09.2012 г.

Информация об авторе

1. Назыров Феруз Гафурович – д.м.н., проф., директор Республиканского специализированного центра хирургии им. академика В.Вахидова, Узбекистан, г. Ташкент, руководитель отдела хирургии печени, желчных путей, панкреатодуоденальной зоны и портальной гипертензии, заслуженный работник здравоохранения Республики Узбекистан, вице-президент Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ, Академик РАЕН.