

## Дренирование в абдоминальной хирургии: стандарты или здравый смысл?

Е.А.КОРЫМАСОВ, Ю.В.ГОРБУНОВ, А.М.КРИЧМАР

### Drainage in abdominal surgery: standards or common sense?

E.A.KORYMASOV, Yu.V.GORBUNOV, A.M.KRICHMAR

Самарский государственный медицинский университет

Самарская областная клиническая больница им. М.И.Калинина

*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 практике каждого хирурга были и будут наблюдения успешного «бездренажного» ведения больных. Эти многочисленные ситуации хорошо запоминаются, цитируются и экстраполируются на большие контингенты больных в качестве правильной тактики. Есть редкие ситуации, когда сама трубка становится причиной осложнений (инфицирование, пролежень с образованием свища), что служит поводом считать дренирование своеобразным хирургическим анахронизмом. В тоже время, оппоненты скрупулезно фиксируют случаи, когда у больных без дренажа в брюшной полости встречаются досадные осложнения, требующие релапаротомии или, в лучшем случае, пунктионно-дренажного лечения под контролем ультразвука.

Представленная статья привлекает тем, что ни к чему не призывает, а призывает порассуждать [7].

Основной вывод, который сделает умный читатель, - возможность поступать так, как подсказывает собственный опыт и интуиция. Если в целом суммировать приводимые литературные ссылки, то окажется, что нет убедительных доказательств неэффективности дренирования, равно как и нет статистически значимых свидетельств эффективности дренирования.

Тем не менее, сегодня сплошь и рядом слышится тезис о злоупотреблении дренажами. Принцип отказа от рутинного применения дренажей является одним из основополагающих в современной зарубежной концепции Fast Track Surgery («хирургия с быстрым выздоровлением»), позволяющей уменьшить частоту инфекционных осложнений в зоне вмешательства (прежде всего в плановой и эндоскопической хирургии) и быстрее выписать больного из стационара [10].

Формат дискуссии подразумевает необходимость высказаться по рассмотренным в статье нозологиям. Предвосхищая упреки оппонентов за ссылки на устаревшие литературные источники XX века, сразу скажу, что «новое – это хорошо забытое старое», да и авторитет упоминаемых наших старших товарищей и учителей настолько высок, что их публикации не требуют ревидии с современных позиций, как иногда это сейчас происходит.

Следует согласиться с точкой зрения об ограничении использования дренажей при аппендэктомии. На наш взгляд, дренаж показан, если имеется ограниченная гнойная полость или гангренозная культя, закрытая несовершенно.

Можно не дренировать брюшную полость, выполняя операцию по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки у молодых больных, доставленных достаточно рано от момента прободения, когда перитонит носит фактически химический характер («ожог брюшной полости» желудочным соком с бактерицидным действием).

В хирургии желчевыводящих путей, на наш взгляд, дренирование брюшной полости должно быть обязательным во всех случаях. В условиях желчного перитонита (местного или распространенного) дренаж будет носить лечебный характер, удаляя остатки желчи, а в ряде случаев и экссудат за счет «пропотевания» желчных кислот при наличии механической желтухи. В плановой билиарной хирургии дренаж имеет профилактический характер, так как желчеистечение часто является неизбежным и даже закономерным. Так называемый улавливающий («информационный») дренаж мы ставим после каждой открытой холецистэктомии по поводу острого холецистита. Обоснованием для этого послужили исследования Б.А.Королева и Д.Л.Пиковского [2], которые выявили, что в подпеченочном пространстве в течение первых трех суток после операции накапливается (и оттекает по дренажу) от 50 до 150 мл кровянистой жидкости, иногда слегка окрашенной желчью; в отдельных случаях выделяется чистая желчь. Как правило, желчеистечение (если нет повреждения протока) через несколько дней прекращается и тогда удаляют улавливающий дренаж, который сыграл свою роль наилучшим образом. Но даже если такой дренаж не обеспечивает адекватного оттока, он, по крайней мере, сигнализирует о неблагополучии и его причине, и диктует необходимость принятия соответствующих мер, вплоть до релапаротомии. Микробная обсемененность (в 21% наблюдений) является еще одним доводом в пользу дренирования [2-5, 9].

Ситуация с лапароскопическими холецистэктомиями несколько иная. Дренаж в подавляющем большинстве случаев необязателен.

Основополагающим принципом в колоректальной хирургии, требующим дренирования брюшной полости, является сохраняющийся риск несостоятельности толстокишечного анастомоза в течение 7-8 дней после операции. Хотя мы полностью разделяем точку зрения Ю.Л.Шевченко и соавт. о том, что кал по дренажу идет хуже, чем желчь. Именно поэтому иногда дренажи создают ложное чувство безопасности и самоуспокоения. Все мы видели больных с несостоятельностью толсто-толстокишечного анастомоза, живот которых буквально «кричал» о необходимости релапаротомии, в то время как оперировавший хирург отрицал всякую возможность внутрибрюшной катастрофы, основываясь на том, что тонкие дренажи, которые он оставил в каждом квадранте живота и в малом тазу, сухи и не содержат какого-либо отделяемого.

Тем не менее, в нашей практике были ситуации, когда дренаж позволил избежать реколостомии или, как минимум, позволил своевременно взять больного на эту операцию. Поставленный рядом с анастомозом дренаж может привести к очищению полости, заживлению дефекта и выздоровлению, если присутствует ряд условий: нормальная эвакуация кишечного содержимого ниже места анастомоза, регулярный самостоятельный стул, небольшая зона несостоятельности, незначительная по объему околоанастомозная полость, хорошее улавливание кишечного содержимого и раневого отделяемого по дренажу.

Мы можем привести аналогичные доводы в пользу обязательной установки дренажа к культе двенадцатиперстной кишки, если резекция желудка выполнялась по одному из вариантов второго способа Бильрота. А уж если при этом возникли технические сложности с укрытием культи ДПК, то длительное (до 5-6 суток) дренирование может быть спасительным (не побоимся этого слова) для больного (ранняя диагностика несостоятельности). Кроме того, есть наблюдения успешного ведения пациентов с несостоятельностью культи ДПК без релапаротомии за счет адекватного оттока дуоденального содержимого по дренажу.

Справедливая, казалось бы, мысль звучит в статье: своевременное контрастное исследование с компьютерной томографией даст больше информации в случае несостоятельности, чем, зачастую плохо установленный и непродуктивный дренаж. Но давайте будем реалистами: не в каждой центральной районной больнице стоит компьютерный томограф!

Вообще, на наш взгляд, нельзя говорить о неэффективности и бесполезности дренажей при указанных нозологиях. Скорее следует вести речь о неадекватности выбора типа дренажа и неадекватности их установки в брюшной полости. Именно это может создать ложное впечатление о нецелесообразности дренирования. Так, чтобы предотвратить пролежни кишечника,

следует использовать мягкие дренажи, по возможности на короткие сроки и вне расположения кишечных петель. Так, например, всем хорошо известно нередкое (даже типичное) осложнение вынужденного длительного сквозного дренирования салниковой сумки и забрюшинного пространства при панкреонекрозе – толстокишечный свищ на уровне селезеночного изгиба ободочной кишки. Пролежень от постоянного присутствия трубки возникает по задней поверхности ободочной кишки, которая как раз на этом небольшом участке оказывается непокрытой брюшиной, фиксированной селезеночно-ободочной и диафрагмально-ободочной связками и потому несмещаемой. Для профилактики толстокишечного свища следует сразу же во время первой операции по поводу панкреонекроза низводить селезеночный изгиб с пересечением указанных связок, что в условиях инфильтрата несомненно представляет трудности и часто игнорируется хирургами. Вообще, вопросы дренирования при панкреонекрозе и забрюшинных панкреатогенных флегмонах настолько серьезный, что требуют отдельного изложения. Поэтому в рамках сегодняшней дискуссии мы не ставили перед собой цель их поднимать.

В настоящее время предпочтение должно быть отдано (при анатомической возможности зоны операции) сквозному проточному дренированию в силу его управляемости и возможности смены дренажей. Даже если объект нашего вмешательства не позволяет установить сквозной дренаж, следует налаживать активное ирригационно-аспирационное промывание с помощью дренажа R.C.Chaffin [8]. Такой дренаж лучше, чем пассивный, а при «закрытых» проточных системах количество последующих гнойных осложнений может быть уменьшено. Работами Н.Н.Каншина [1] и его последователей доказано преимущество таких способов дренирования.

Правильная мысль - гной идет по дренажу плохо. В принципе, гной и не должен идти по дренажам из живота после операции, если брюшная полость или гнойник хорошо отмыты. Но установка дренажа все равно нужна, ибо реакция брюшины всегда есть, экссудация продолжается, микробная обсемененность имеет место, и не всегда брюшина справляется с инфекцией [6].

Обязательное дренирование разочаровывало нас только в тех редких случаях, когда осложнение возникало, а дренаж по какой-то причине не функционировал. В известной мере помогает сохранению проходимости дренажной трубки периодическая активная аспирация, первую из которых следует провести через несколько часов после операции.

В развернувшейся дискуссии есть и другая сторона – деонтологическая и, может быть, даже правовая.

В настоящее время у нас в стране нет стандартов дренирования в абдоминальной хирургии, которые были бы закреплены Приказом Минздрава или, как

минимум, рекомендациями профессиональной хирургической ассоциации или Всероссийского общества хирургов.

Если читателем окажется опытный врач, имеющий собственную позицию, то после прочтения статьи его мнение по поводу необходимости дренирования никак не изменится. Хирургия – самая консервативная медицинская специальность! А вот если читателем статьи окажется молодой начинающий хирург, который как «губка» впитывает все новое и прогрессивное, здесь может возникнуть проблема. Представьте себе на минуту, что молодой специалист не поставит дренаж в спорной клинической ситуации, после чего (хотя возможно и не вследствие этого) наступит летальный исход. Судьба врача будет зависеть от того, кто будет проводить экспертизу или разбирать жалобу – высокообразованный профессионал, хорошо ориентирующийся в современных тенденциях, или врач, освоивший лишь азы хирургической специальности и считающий достаточное количество дренажей залогом успеха лечения.

Рассуждая о необязательности дренирования, мы тем самым делаем выбор в пользу персонализирован-

ной медицины. Однако в наших условиях следование этим принципам пока невозможно. Недостаточная технологичная и финансовая обеспеченность современной хирургии, создаваемый в средствах массовой информации образ «постоянно виновного врача» приводят к формированию у хирурга фобии, что все его действия будут рассматриваться через «микроскоп суровой экспертизы». А в такой ситуации доминирующая мысль только одна – подстраховаться. Не желая получить порицание или осуждение от экспертов, хирург поставит даже на 1 дренаж больше, чем это требуется.

В заключении следует еще раз подчеркнуть, что дренаж брюшной полости не улучшает результатов операции, но его отсутствие в тех редких случаях, когда он необходим, может обернуться досадной оплошностью. И этот факт заставляет хирурга в дальнейшем сотни раз оставлять дренаж заведомо без всякой пользы, чем один раз лишит больного такой простой и безвредной страховки. Поэтому, если сегодня встанет вопрос «что лучше - злоупотребить установкой дренажа или обоснованно не применить дренаж?», мы свой выбор сделаем в пользу первой точки зрения.

### Список литературы

1. *Канишин Н.Н.* Несформированные кишечные свищи и гнойный перитонит (хирургическое лечение). М.: Профиль 2007; 160.
2. *Королев Б.А., Пиковский Д.Л.* Экстренная хирургия желчных путей. М.: Медицина 1990; 240.
3. *Кочнев О.С.* Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта. Казань: Изд-во Казан. ун-та 1984; 288.
4. *Краковский А.И.* Ошибки, опасности и осложнения в хирургии желчных путей. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1988; 216.
5. *Ратнер Г.Л.* Советы молодому хирургу. Самара 1991; 250.
6. *Шайн М., Роджерс П., Ахмад А.* Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии. Изд-е 3-е. Surginet, 2011; 651.
7. *Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Зубрицкий В.Ф. и др.* К вопросу о дренировании брюшной полости при перитоните. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2012; V: 2: 376-379.
8. *Chaffin R.C.* Suction Drainage Era in Surgery. J.Int.Coll. Surg. 1948; 11: 4: 649-658.
9. *Elboim C., Boldman L., Hann L. et al.* Significance of postcholecystectomy subhepatic fluid collection. Ann. Surg. 1983; 198: 2: 137-141.
10. *Wilmore D.W., Kehlet H.* Management of patients in fast track surgery. British Medical Journal. 2001; 322: 473-476.

Поступила 06.08.2012 г.

### Информация об авторах

1. *Корымасов Евгений Анатольевич* – д.м.н., проф., зав. кафедрой хирургии ИПО Самарского государственного медицинского университета, заведующий клиникой хирургии Самарской областной клинической больницы им. М.И. Калинина; e-mail: korytmasov@mail.ru
2. *Горбунов Юрий Валентинович* – к.м.н., врач-хирург абдоминального хирургического отделения Самарской областной клинической больницы им. М.И. Калинина
3. *Кричмар Александр Михайлович* – очный аспирант кафедры хирургии ИПО Самарского государственного медицинского университета, врач-хирург абдоминального хирургического отделения Самарской областной клинической больницы им. М.И. Калинина; e-mail: krichmar\_a@mail.ru