

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.36-008.5-02:616.361-007.272

НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА СИНДРОМА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

С. В. Тарасенко*, А. А. Натальский, О. В. Зайцев, О. Д. Песков, В. Б. Афтаев, А. В. Левитин, С. Ю. Прус

Кафедра госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова

Цель. Изучение клинико-эпидемиологических особенностей синдрома подпеченочного холестаза.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ клинических данных 1608 больных механической желтухой доброкачественной и опухолевой этиологии. Всем больным, поступившим с синдромом холестаза, проводились стандартные общеклинические и биохимические анализы. Верификацию диагноза механической желтухи выполняли при помощи ультразвукового исследования, фиброгастродуоденоскопии, прямых методов рентгеноконтрастного исследования желчевыводящих путей, компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Разработан метод формирования видеолaparоскопической холецистостомы баллонным катетером, позволяющий выполнить одновременно декомпрессию, адекватную ревизию органов брюшной полости, при необходимости – биопсию. Внедрен в практику способ формирования тетрагепатикоюноанастомоза в воротах печени при высоких блоках желчных путей, особенность которого заключается в отсутствии швов внутренних стенок протоков.

Результаты. Заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненными механической желтухой, страдают чаще женщины, преимущественно пенсионного возраста. Более 90% пациентов поступают в экстренном порядке на поздних сроках заболевания. Увеличилась доля опухолевых заболеваний, представленных главным образом раком поджелудочной железы. Среди причин доброкачественных заболеваний наиболее частая – холедохолитиаз, реже встречается острый холецистит в сочетании с холедохолитиазом и острый панкреатит. Имеется тенденция утяжеления общесоматического статуса больных с внепеченочным холестазом. Нередко у пациентов отмечаются одновременно несколько причин и/или осложнений внутрипротоковой гипертензии: стриктура, стеноз, папиллит, панкреатит, киста, абсцесс, холангит.

Заключение. За последние 10 лет произошли ощутимые изменения в клинической эпидемиологии синдрома механической желтухи, повлиявшие на изменение лечебно-диагностической тактики. Возросла оперативная активность наряду с внедрением в повседневную практику миниинвазивных технологий, оригинальных методик билиарной декомпрессии и формирования полужакрытых билиодигестивных анастомозов.

Ключевые слова: механическая желтуха, холангит, билиарная декомпрессия.

Nosologic structure of obstructive icterus syndrome

S. V. Tarasenko, A. A. Natalskiy, O. V. Zaytsev, O. D. Peskov, V. B. Aftaev, A. V. Levitin, S. Yu. Prus

I. P. Pavlov Ryazan State Medical University

Objective. To study clinicoepidemiological features of subhepatic cholestasis syndrome.

Material and methods. Retrospective analysis of clinical data of 1608 patients with obstructive icterus, benign and tumorous etiology. Standard, clinical and biochemical analyses were performed in all patients with cholestasis syndrome. Verification of diagnosis for obstructive icterus was performed with ultrasound investigation, fibrogastroduodenoscopy, direct methods of radiographic contrast study of bile passages, computing and MR-imaging. The technique for videolaparoscopic cholesystostoma with balloon catheter that allows simultaneous performing decompression, adequate revision of abdominal cavity, biopsy- if necessary, was developed. The way of tetra hepaticojunostomy formation is introduced in porta hepatic in high blocks of biliary tracts, the specific character was in absence of sutures of inner walls of ducts.

Results. More often, women of pension age suffer from diseases in hepatopancreaticoduodenal zone, complicated with obstructive icterus. More than 90% of patients admit in emergency case in late term of disease. The cases of tumorous diseases, mainly pancreatic cancer, increased. Among benign causes of diseases, choledocholithiasis is the most frequent, acute cholecystitis with choledocholithiasis and acute pancreatitis are rarely seen. There is a tendency of worsening of patient performance status with extrahepatic cholestasis. In many cases, some causes and/or complications of intraductal hypertension: stricture, stenosis, papillitis, pancreatitis, cyst, abscess, cholangitis are seen.

Conclusion. Over the last 10 years, sensible changes in clinical epidemiology of obstructive icterus syndrome that influenced on changes of diagnostic and treatment tactics. Surgical activity increased together with minimally invasive techniques, original methods of biliary decompression and formation of semi-closed biliodigestive anastomoses.

Key words: obstructive icterus, cholangitis, biliary decompression.

*Тарасенко Сергей Васильевич, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии. 390026, Рязань, ул. Высоковольная, д. 9.

Желчно-каменной болезнью (ЖКБ) страдает около 10–15% населения развитых стран, причем за последние десятилетия численность заболевших удваивается каждые 10 лет [1, 5]. По мнению отечественных и зарубежных исследователей, холелитиаз является доминирующей патологией желчного пузыря и желчных протоков [2, 7, 10–13]. Согласно данным ведущих специалистов, распространенность ЖКБ варьирует от 5–15% [9, 20, 21] до 10–40% [15]. В Москве распространенность патологии желчевыводящих протоков за 10 лет стала выше, чем в России, почти в 2 раза и составила 45,5 на 1000 населения (Гальперин Э. И. и соавт., 2006).

Злокачественные опухоли органов гепатопанкреатобилиарной зоны составляют 5,4% в структуре онкологической заболеваемости России. При опухолях этой области механическая желтуха встречается у 60–80% пациентов [15]. По данным М. В. Данилова и соавт. (1997 г.), В. С. Савельева (2008 г.), А. Guschieri и соавт. (1993 г.), синдром подпеченочного холестаза возникает у 15–40% больных желчно-каменной болезнью и у всех больных, имеющих опухолевое поражение желчных путей. Некоторые авторы считают, что частота развития механической желтухи при заболеваниях гепатопанкреатобилиарной зоны варьирует от 12,0 до 45,2% (Зверев Д. В., 1989; Дедерер Д. М. и соавт., 1990; Воробьев Г. И. и соавт., 2004). Причем при доброкачественных поражениях этот уровень колеблется от 4,8 до 22,5%, а при злокачественных – от 36,6 до 47,0% (Ившин В. Г., 1991; Шалимов А. А. и соавт., 1993; Скипенко О. Г. и соавт., 2004).

В настоящее время большинство зарубежных и отечественных авторов считают оптимальным проведение лечения больных холестазом в два этапа [3, 6, 8, 17–19]: на первом этапе выполняют временную декомпрессию билиарных путей, а на втором – стараются устранить причину, вызвавшую холестаз.

Все вышеизложенное побудило нас провести собственный клиничко-эпидемиологический анализ синдрома механической желтухи: уточнить причины, структуру, тенденции распространенности, частоту осложнений, а также факторы, влияющие на течение и исход подпеченочного холестаза, с целью совершенствования алгоритма и тактики хирургического лечения.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ клинических данных больных механической желтухой как доброкачественного, так и опухолевого генеза. Всем боль-

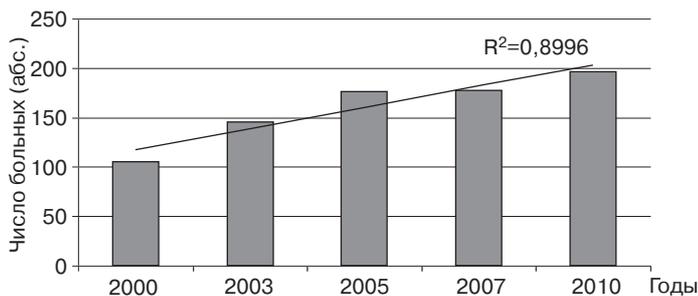


Рис. 1. Динамика численности больных механической желтухой в Рязанской области за 2000–2010 гг.

ным, поступившим с синдромом холестаза, проводились стандартные общеклинические и биохимические анализы. Верификацию диагноза механической желтухи выполняли с использованием общепринятых методов инструментальной диагностики: ультразвукового исследования (УЗИ), фиброгастродуоденоскопии (ФГДС), прямых методов рентгеноконтрастного исследования желчевыводящих путей, компьютерной и магнитно-резонансной томографии (КТ и МРТ). Разработан метод формирования видеолaparоскопической холецистостомы баллонным катетером, позволяющий выполнить одновременно декомпрессию, адекватную ревизию органов брюшной полости, при необходимости – биопсию. Внедрен в практику способ формирования тетрагепатикоюноанастомоза в воротах печени при высоких блоках желчных путей, особенность которого заключается в отсутствии швов внутренних стенок протоков.

Статистическая обработка выполнялась при помощи программы Microsoft Excel 7.0.

Результаты и обсуждение

С 2000 по 2010 г. на базе Центра хирургии печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей г. Рязани проходили лечение 1608 больных с синдромом механической желтухи.

В целом наблюдается рост числа госпитализаций по сравнению с 2000 г. на 85,5% (рис. 1), причем более выраженный (рис. 2) в группе больных с опухолями гепатодуоденальной зоны (335%).

Средний возраст больных – 65,8 года. Наибольшую долю (56,1%) госпитализированных пациентов составили лица пенсионного возраста – от 61 года до 80 лет, вторая по численности доля представлена больными трудоспособного возраста до 60 лет – 28,7%, лиц старше 80 лет было 15,2%. При этом женщины преобладали среди госпитализированных – 59,4%.

Большинство пациентов (93,7%) госпитализировались в экстренном порядке. Позднее 24 ч с момента заболевания поступило 88,4% пациентов. Средняя давность заболевания составила 3,1 сут, что свидетельствует о поздней обращаемости пациентов за медицинской помощью. Средний койко-день увеличился с 17,6 в 2000 г. до 22,1 в 2010 г. ($p < 0,01$).

Основные причины доброкачественной механической желтухи, доля которой составила 85,8% (91 пациент), в 2000 г. были следующие: ЖКБ в сочетании с острым холециститом – у 22 (24,2%) больных, холедохолитиаз – у 19 (20,9%), ЖКБ в сочетании с острым

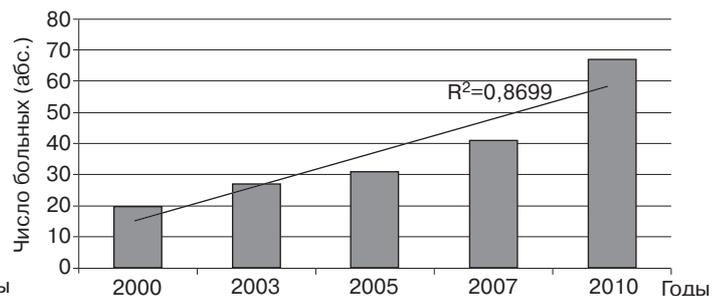


Рис. 2. Динамика численности больных механической желтухой опухолевой этиологии в Рязанской области за 2000–2010 гг.

холециститом и холедохолитиазом – у 11 (12,1%), острый панкреатит – у 11 (12,1%), ЖКБ – у 10 (10,9%), ЖКБ в сочетании со стенозирующим папиллитом – у 5 (5,5%), ЖКБ в сочетании с острым панкреатитом – у 4 (4,4%), другие причины (постхолецистэктомический синдром, стриктура холедоха, стенозирующий папиллит, деструктивный холецистит, аденома большого дуоденального сосочка (БДС), дивертикул двенадцатиперстной кишки) – у 9 (9,9%). Доля холестаза, обусловленного онкологической патологией, составила 14,2% (15 больных). Рак поджелудочной железы выявлен у 8 (53,3%) пациентов, рак желудка – у 2 (13,3%), рак ворот печени, холедоха, желчного пузыря, Фатерова соска – у остальных 5 (33,5%) больных.

Классическую клинику холангита как осложнение внутрипротокового холестаза (триаду Шарко) наблюдали у 10 (9,4%) пациентов. Другие осложнения, в том числе острый панкреатит – у 9 (8,5%) больных, гнойный перитонит – у 3 (2,8%), перипузырный абсцесс, папиллит, пузырно-толстокишечный свищ, асцит, реактивный гепатит отмечены у 20 (18,9%) человек.

В 2010 г. на фоне абсолютного роста числа госпитализированных больных с синдромом механической желтухи доля доброкачественного холестаза снизилась до 77,8% (130 больных). Также претерпела изменения структура его причин: на первое место вышел холедохолитиаз – 22,3%, затем острый холецистит в сочетании с холедохолитиазом – 11,5%, острый панкреатит – 11,5%, ЖКБ в сочетании с острым холециститом – 9,2%. Значительно увеличились доли следующих патологий: стенозирующий папиллит – 8,4%, стриктура холедоха – 5,4%, холедохолитиаз в сочетании со стриктурой холедоха – 3,1%, ЖКБ в сочетании с острым холециститом и стенозирующим папиллитом – 4,6%, ЖКБ в сочетании с острым холециститом и панкреатитом – 4,6%. Таким образом, следует отметить тенденцию к увеличению доли подпеченочного холестаза сочетанной этиологии. Холестаз опухолевой этиологии выявлен у 67 (34%) больных, что отражает рост по сравнению с 2000 г. в абсолютных значениях – более чем в 4 раза, а в относительных – вдвое. Рак поджелудочной железы развился у 35 (52,2%) больных, метастатическое поражение ворот печени – у 10 (14,9%), рак общего печеночного протока – у 7 (10,5%), ворот печени – у 5 (7,5%), желчного пузыря – у 4 (5,9%), опухоль Клатскина – у 3 (4,5%), рак

БДС – у 2 (3%), желудка – у 1 (1,5%) больного. В целом по Рязанской области наблюдается рост заболеваемости раком поджелудочной железы (рис. 3).

Холангит выявлен у 10 (5,1%) пациентов. Снижение доли холангита среди прочих осложнений холестаза связано с ранним разрешением механической желтухи благодаря более широкому внедрению миниинвазивных методик (чрескожная чреспеченочная холангиостомия, холецистостомия, папиллосфинктеротомия). У 36 (18,3%) больных наблюдались следующие осложнения: острый панкреатит – 10 (5,1%), асцит – 5 (2,5%), полиорганная недостаточность – 3 (1,5%), печеночная недостаточность – 2 (1%), папиллит – 2 (1%), реактивный гепатит – 2 (1%), анемия – 2 (1%), желчный свищ – 2 (1%), прочие – 8 (4,1%).

У всех больных, поступивших с синдромом холестаза, проводились стандартные общеклинические и биохимические анализы. У больных с подозрением на опухолевый генез механической желтухи определяли уровень специфического онкомаркера – карбагидразного антигена СА-19-9. Верификацию диагноза механической желтухи проводили с использованием УЗИ, ФГДС, прямых методов рентгеноконтрастного исследования желчевыводящих путей, КТ и МРТ.

Диагностический алгоритм в настоящее время состоит из трех основных шагов:

1. УЗИ, при необходимости выполнение чрескожно-чреспеченочной холангиостомии, чрескожной холецистостомии, эндоскопической папиллосфинктеротомии с литоэкстракцией.

2. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), проведение эндоскопической папиллосфинктеротомии, литоэкстракции, стентирования билиарного тракта. Неоднократно на данном этапе удавалось выявить холедохолитиаз. Также выполняется доплерография с уточнением резектабельности опухоли. В случае ранее выполненного наружного дренирования осуществляется контрольная холангиография с целью определения локализации блока, оценки декомпрессии желчевыводящих путей.

3. МРХПГ для уточнения причины поражения билиарного тракта, его локализации, протяженности, отношения к чревному стволу, воротной вене, мезентериальным сосудам. Нередко обнаруживается недиагностированный холедохолитиаз, рак желчных протоков (опухоль Клатскина).

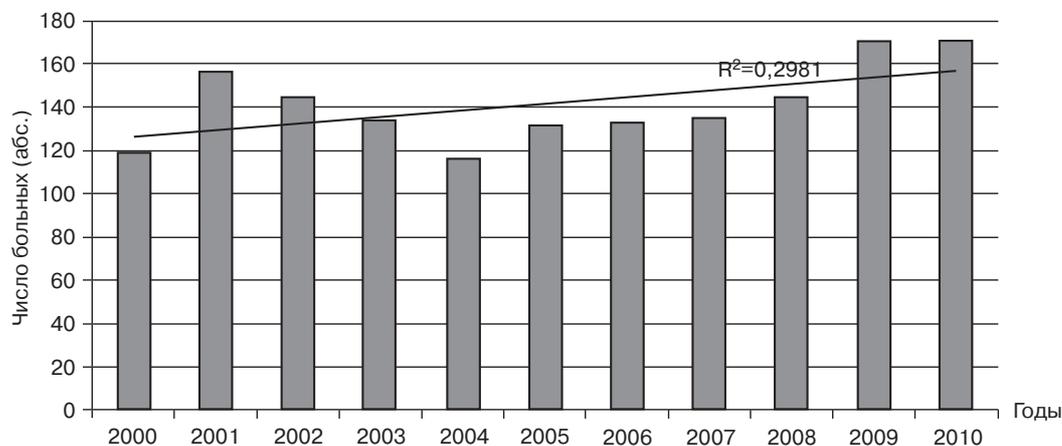


Рис. 3. Заболеваемость раком поджелудочной железы в Рязанской области в 2000–2010 гг.

Хирургическая тактика при синдроме механической желтухи на сегодняшний день состоит из двух этапов. На первом этапе выполняется декомпрессия билиарного дерева с использованием миниинвазивных методик и в случае запущенного онкологического заболевания может быть окончательной. Это важно, поскольку явления печеночной недостаточности I и II ст. обратимы, а значит, своевременное желчеотведение позволяет нормализовать основные функции печени. На втором этапе проводят хирургические вмешательства, которые могут быть как радикальными, так и паллиативными.

С 2000 по 2010 г. отмечается рост оперативной активности — с 68,9 до 91,4%. В 2000 г. это были следующие вмешательства: эндоскопическая папиллосфинктеротомия — 20 (27,4%), холецистэктомия в сочетании с холедоходуоденоанастомозом — 11 (15,1%), холецистэктомия — 10 (14,1%), папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией — 5 (6,9%), холецистоэнтероанастомоз — 5 (6,9%), холецистэктомия с холедохолитотомией и холедоходуоденоанастомозом — 3 (4,1%), холедоходуоденоанастомоз — 3 (4,1%), холецистостомия — 3 (4,1%), холецистэктомия с наружным дренированием холедоха — 6 (8,2%), другие (панкреатодуоденальные резекции (ПДР), гепатикоэюностомии и наружное дренирование печеночных протоков) — 9,1%. В 2010 г. доля эндоскопических папиллосфинктеротомий при абсолютном росте вмешательства снизилась до 20,6% ($n=27$). Увеличилась доля следующих оперативных вмешательств: гепатикоэюностомия в различных вариантах (би-, три- и тетрагепатикоэюноанастомоз) — 10,6% ($n=19$), ПДР — 5% ($n=9$), холецистэктомия — 16,7% ($n=30$), холецистостомия (под контролем УЗ-аппарата и видеолапароскопическая) — 13,3% ($n=24$), папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией — 7,2% ($n=13$), чрескожная чреспеченочная холангиостомия под контролем УЗ-аппарата — 7,8% ($n=14$). Отмечено уменьшение доли холецистэктомии с наружным дренированием холедоха до 5,1% ($n=9$) и холецистэктомии в сочетании с холедоходуоденоанастомозом — 3,3% ($n=6$). Холецистэктомия с холедохолитотомией и холедоходуоденоанастомозом выполнена у 3 (1,7%), холедоходуоденоанастомоз — у 3 (1,7%) больных.

Следует отметить, что помимо изменения структуры оперативных вмешательств совершенствуется техника выполнения. Билиодигестивные анастомозы накладываются однорядным узловым швом викрилом 3.0 полузакрытым способом. Разработан метод формирования видеолапароскопической холецистостомы баллонным катетером, позволяющий выполнить одновременно декомпрессию, адекватную ревизию органов брюшной полости, при необходимости — биопсию. Внедрен в практику способ формирования тетрагепатикоэюноанастомоза в воротах печени при высоких блоках желчных путей, особенность которого заключается в отсутствии швов внутренних стенок протоков. Считаем, что данный способ позволяет выполнить надежное формирование билиодигестивного анастомоза, уменьшает травматизм оперативного вмешательства и упрощает технику самой операции.

Сопутствующая системная патология в 2000 г. выявлена у 32 (30,2%) пациентов, причем у 13 (12,3%) больных наблюдалось сочетание двух и более сопутствующих заболеваний.

В 2010 г. отмечено общее утяжеление общесоматического статуса пациентов. Так, сопутствующие заболевания выявлены у 118 (59,9%) больных, сочетание двух и более заболеваний имелось уже у 64 (32,5%). Гипертоническая болезнь выявлена у 69 (35%), ишемическая болезнь — у 48 (24,4%), цереброваскулярная болезнь — у 15 (7,6%), сахарный диабет II типа — у 16 (8,1%) пациентов.

Заключение

Заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненными механической желтухой, чаще страдают женщины, преимущественно пенсионного возраста. Более 90% пациентов поступают в экстренном порядке на поздних сроках заболевания. За последние 10 лет произошли изменения в структуре причин механической желтухи: увеличилась доля опухолевых заболеваний, среди причин доброкачественных заболеваний лидирует холедохолитиаз, затем острый холецистит в сочетании с холедохолитиазом и острый панкреатит. Выросли доли стенозирующего папиллита и стриктур терминального отдела холедоха. Более половины опухолевых поражений составляет рак поджелудочной железы, что подтверждается также ростом заболеваемости раком поджелудочной железы. Имеется тенденция утяжеления общесоматического статуса больных с внепеченочным холестазом. Нередко пациенты имеют одновременно несколько причин и/или осложнений внутрипротоковой гипертензии: стриктура, стеноз, папиллит, панкреатит, киста, абсцесс, холангит. Претерпела изменения лечебно-диагностическая тактика, возросла оперативная активность в связи с внедрением в повседневную практику миниинвазивных технологий и оригинальных методик билиарной декомпрессии и формирования полузакрытых билиодигестивных анастомозов.

Таким образом, резюмируя все вышеизложенное, можно констатировать, что за последние 10 лет произошли ощутимые изменения в клинической эпидемиологии синдрома механической желтухи, которые нельзя не учитывать в повседневной работе современному врачу-хирургу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А. Е. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей. СПб.: Скифия, 2003. С. 2.
2. Гребнев А. Л. Опыт консервативного лечения желчнокаменной болезни препаратами хено- и уродезоксихолевой кислотами // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 1994. Т. 4, № 4. С. 58–83.
3. Данилов М. В., Глабай В. П., Кустов А. Е. и др. Хирургическое лечение больных механической желтухой опухолевой этиологии // Анналы хир. гепатол. 1997. Т. 2. С. 110–116.
4. Данилов М. В., Федоров В. Д. Хирургия поджелудочной железы: руководство для врачей. М., 1995. 512 с.
5. Иванченкова Р. А. Хронические заболевания желчевыводящих путей. М.: Атмосфера, 2006.
6. Ившин В. Г., Якунин А. Ю., Макаров Ю. И. Чрескожные чреспеченочные диагностические и лечебные вмешательства у больных с механической желтухой // Анналы хир. гепатол. 1996. Т. 1. С. 121–131.
7. Ильченко А. А. Желчнокаменная болезнь. М., 2004. 199 с.
8. Каримов Ш. И. Эндобилиарные вмешательства в диагностике и лечении больных с механической желтухой. Ташкент: Изд-во им. Ибн Сины, 1994. 239 с.
9. Лазебник Л. Б., Ильченко А. А. Желчнокаменная болезнь. Пути решения проблемы // Терапевт. арх. 2005. № 2. С. 5–10.
10. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001. 264 с.

11. Максимов В. А. и др. Билиарная недостаточность // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. 2004. № 1. 61 с.
12. Максимов В. А., Каратаев С. Д., Чернышев А. Л. Применение озона в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 1997. Т. 7, № 4. С. 50–53.
13. Орлова Ю. Н. Холестероз желчного пузыря. Клинико-сонографическое исследование: дис. ... канд. мед. наук. М., 2004. 188 с.
14. Савельев В. С. и др. Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей при механической желтухе // Хирургия. 1988. № 1. С. 3–7.
15. Свиридов А. В. Холестероз желчного пузыря (патогенез, лечение): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2001. 30 с.
16. Таразов П. Г., Козлов Л. В., Олещук Н. В., Поликарпов Л. Л. Роль методов интервенционной радиологии в лечении больных раком гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненным механической желтухой // Вопр. онкологии. 2002. № 2. С. 238–243.
17. Шаповальянц С. Г., Цкаев А. Ю., Грушко Г. В. Выбор метода декомпрессии желчных путей при механической желтухе // Анналы хир. гепатол. 1997. Т. 2. С. 117–122.
18. Guschieri A., Buess G., Perissat J. Operative manual of endoscopic surgery. Berlin; New York: Springer-Verlag, 1993. Vol. 2. 273 p.
19. Murai R., Hashig Ch., Kusujama A. Percutaneous stenting for malignant biliary stenosis // Surg. Endosc. 1991. Vol. 5. P. 140.
20. Murray F. E., Smith B. F. Non-mucin proteins in the organic matrix of cholesterol gallstones // Gastroenterology. 1987. Vol. 92, № 2 (Pt. 2). P. 1758–1766.
21. Zahor Z. Atherosclerosis in relation to cholelithiasis and cholesterosis // Bull. Wld. Hlth. Org. 1976. Vol. 53, № 5–6. P. 5311.

Поступила 21.03.2012

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 617.55-089.168.1-089.48

ДРЕНИРОВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ. РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

В. Ф. Зубрицкий*¹, К. А. Покровский², М. В. Забелин³, И. В. Голубев¹, Е. П. Розберг⁴, С. В. Савенков², В. В. Елагин⁴

¹ Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова (президент – академик РАМН Ю. Л. Шевченко), Москва; ² Городская клиническая больница № 67, Москва; ³ Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, Москва; ⁴ Курский государственный медицинский университет

Применение дренажных систем при различных нозологиях подтверждает целесообразность более взвешенного подхода при выборе вариантов завершения лапаротомии при распространенном перитоните. Дренировать или нет? Этот вопрос в современной экстренной абдоминальной хирургии по-прежнему актуален.

Ключевые слова: перитонит, интраабдоминальная инфекция, дренирование брюшной полости.

Abdominal suction after abdominal surgeries. Rational view of the problem

V. F. Zubritskiy¹, K. A. Pokrovskiy², M. V. Zabelin³, I. V. Golubev¹, E. P. Rozberg⁴, S. V. Savenkov², V. V. Elagin⁴

¹N. I. Pirogov National Medical Surgical Centre, Moscow; ²City clinical hospital №67, Moscow; ³State Medical Refresher Institute of Ministry of Defence of the Russian Federation, Moscow; ⁴Kursk State Medical University

The usage of drainage systems in various nosologies confirms feasibility of more balanced approach in the choice of options to complete laparotomy during extensive peritonitis. To drain or not to drain? This question is still essential in modern abdominal surgery.

Key words: peritonitis, intra-abdominal infection, abdominal suction.

История дренирования брюшной полости стара, как и сама хирургия. Однако абдоминальное дренирование по-прежнему остается предметом постоянного обсуждения. Всегда существовали страстные сторонники дренирования, такие как R. L. Tait (1845–1899), который призывал: «Сомневаешься – дренируй!». Были и скептики, в том числе J. L. Yates, которые говорили, что дренирование при общем перитоните физически и физиологически невозможно (1905 г.). А были и такие, как J. Price (1853–1911), заметивший, что «есть люди, которые пылко защищают дренирование, а есть, которые категорически отрицают. И те и другие по-своему правы» [11, 12, 18].

Прошло более 100 лет, в течение которых оперативная хирургия непрерывно прогрессировала. Но что происходило с дренированием? Стало ли сегодня меньше дискуссий и противоречий? Что ожидает дренирование завтра? В своем коротком сообщении мы постараемся ответить на эти вопросы, рассмотрев результаты дренирования при инфицировании брюшной полости и в ситуациях, когда абдоминальная инфекция уже развилась. Чрескожное дренирование, как первичное, так и в послеоперационном периоде, находится в стороне от нашего обсуждения.

Анализируя современные источники информации, касающейся ретроспективной оценки вопросов, связанных с необходимостью выбора оптимального

*Зубрицкий Владислав Феликсович, доктор мед. наук, профессор, гл. специалист по хирургическим инфекциям. 105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, д. 70.