

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.325-089.844.168:617.55

## ВСЕГДА ЛИ НУЖНО ДРЕНИРОВАТЬ БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ПОСЛЕ ПЛАНОВЫХ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ?

Ю. А. Шельгин\*, С. И. Ачкасов, Д. Г. Шахматов

ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии» (директор – профессор Ю. А. Шельгин) Министерства здравоохранения РФ, Москва

В Государственном научном центре колопроктологии начато сравнительное исследование, посвященное изучению влияния рутинного дренирования брюшной полости на течение послеоперационного периода. В исследование включены 37 больных, перенесших плановые резекции ободочной кишки из единого лапароскопического доступа по поводу доброкачественных новообразований и неосложненных форм рака. У 17 пациентов профилактическое дренирование брюшной полости не проводилось. В контрольную группу включены 20 больных, у которых вмешательство завершилось установкой дренажной трубки в полость таза.

Предварительный анализ результатов исследования не выявил различий в основной и контрольной группах по частоте осложнений, характеру гипертермии и продолжительности послеоперационного койко-дня. Необходимо продолжить набор клинического материала.

Ключевые слова: профилактическое дренирование брюшной полости, резекция толстой кишки.

### Is it always necessary to drain the abdominal cavity after elective colorectal surgery?

Yu. A. Shelygin, S. I. Achkasov, D. G. Shakhmatov

National Scientific Center of Coloproctology, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

A comparative study to clarify the effect of routine abdominal drainage on the postoperative course started at the National Scientific Center of Coloproctology. 37 patients were included in the study. All of them underwent elective single incision laparoscopic colectomy due to benign tumor or uncomplicated cancer. In 17 cases preventive drainage was not performed. 20 patients with abdominal cavity drainage were controls.

Preliminary analysis of the results obtained showed no difference between the groups in terms of complications, fever and postoperative hospital stay. There is a necessity to continue the recruitment of patients in the study.

Key words: preventive abdominal cavity drainage, colectomy.

### Введение

Хирургия XXI в. характеризуется бурным развитием, обусловленным широким внедрением новых технологических решений. Создание хирургических приборов нового поколения, предназначенных для разделения тканей и коагуляции сосудов, не только расширяет возможности выполнения вмешательств на органах брюшной полости, уменьшает их травматичность и сокращает продолжительность, но и способствует пересмотру многих сложившихся ранее представлений.

К их числу относится правило об обязательном дренировании брюшной полости после выполнения плановых абдоминальных операций. По мнению хирургов классической школы, дренирование в этом случае преследует три основных цели:

– эвакуация раневого отделяемого из брюшной полости;

– контроль внутрибрюшного кровотечения;  
– диагностика ранней несостоятельности межкисечных анастомозов.

Современные аппараты, предназначенные для разделения тканей и коагуляции сосудов, позволяют существенно сократить интраоперационную кровопотерю и обеспечивают надежный гемостаз в пересеченных тканях. В связи с этим риск кровотечений из мелких сосудов и диффузное выделение крови и лимфы из тканей сводятся к минимуму. Активное кровотечение в случае дефекта лигирования крупного кровеносного сосуда может быть легко диагностировано на основании клинических данных в совокупности с лабораторными показателями и результатами ультразвукового сканирования у тех больных, которым профилактическое дренирование брюшной полости не проводилось.

Использование современных хирургических аппаратов для разделения тканей и осуществления ге-

\*Шельгин Юрий Анатольевич, доктор мед. наук, профессор. 123423, Москва, ул. Саляма Адила, д. 2.

мостаза, таких как электрокоагуляторы последнего поколения, аппарат «Ligasure», ультразвуковой скальпель, а также широкое применение лапароскопических технологий во многом изменили общепринятые приемы выполнения абдоминальных операций. Так, распространенные ранее способы травматичной мобилизации органов с помощью зажимов, а иногда и пальцев хирурга уступают место прецизионному выделению толстой кишки в пределах эмбриональных слоев, что сопровождается меньшим повреждением разделяемых тканей и, соответственно, меньшей экссудацией в послеоперационном периоде. Таким образом удается добиться существенного уменьшения количества раневого отделяемого, что, в свою очередь, также сужает показания к профилактической установке дренажной трубки.

Несостоятельность анастомоза, как правило, имеет характерную клиническую картину, особенно в случае активного поступления кишечного содержимого в свободную брюшную полость. Кроме того, наиболее часто такое осложнение развивается не ранее 5-го дня после операции, то есть в те сроки, когда дренажная трубка уже удалена.

К тому же дренажная трубка не всегда адекватно функционирует.

Все вышеперечисленное указывает на возможность пересмотра правила об обязательном дренировании полости таза после выполнения операций на толстой кишке.

### Материал и методы

В ГНЦ колопроктологии начато собственное проспективное сравнительное исследование, посвященное изучению необходимости профилактического дренирования брюшной полости. Для анализа нами были выбраны пациенты, перенесшие лапароскопические резекции ободочной кишки из единого лапароскопического доступа, поскольку такие операции соответствуют современным принципам выполнения хирургических вмешательств за счет использования высокотехнологичных методов разделения тканей и лигирования кровеносных сосудов. Кроме того, они выполняются по поводу неосложненного рака толстой кишки при отсутствии местного распространения опухоли или у больных с доброкачественными новообразованиями, которые не подлежат удалению через колоноскоп. Таким образом, операции из единого лапароскопического доступа являются идеальной моделью для изучения целесообразности дренирования брюшной полости в плановой колоректальной хирургии.

В настоящее время в исследование включены 37 пациентов. Основную группу составили 17 больных, которым профилактическое дренирование брюшной полости не проводилось. Средний возраст пациентов составил  $55,6 \pm 13,7$  года (37–68 лет); мужчин было 4 (24%), женщин – 13 (76%). В контрольную группу включены 20 пациентов, которым перед ушиванием операционной раны в таз устанавливали дренажную трубку BLAKE 19FR. Возраст больных в этой группе варьировал от 43 до 76 лет и в среднем составил  $59,8 \pm 11,4$  года; мужчин было 8 (40%), женщин – 12 (60%). Индекс массы тела в группах существенно не различался: в основной группе он достигал в среднем

$23,4 \pm 4,4$  кг/м<sup>2</sup> (20,2–27,3 кг/м<sup>2</sup>), в контрольной –  $25,3 \pm 5,2$  кг/м<sup>2</sup> (21,0–26,9 кг/м<sup>2</sup>). Группы были сопоставимы по числу пациентов, ранее перенесших операции на органах брюшной полости: в основной группе – 5 (29,4%), в контрольной – 4 (20,0%) больных.

По объему резекции основная и контрольная группы также существенно не различались. В основной группе резекция илеоцекального отдела кишечника выполнена 2 пациентам, правосторонняя гемиколэктомия – 6, резекция сигмовидной кишки – 7, левосторонняя гемиколэктомия – 1. У больных контрольной группы было проведено 8 правосторонних гемиколэктомий, 2 резекции поперечной ободочной кишки, 2 левосторонние гемиколэктомии, 9 резекций сигмовидной кишки.

Во всех случаях интраоперационная кровопотеря оценивалась как минимальная и не превышала 100 мл. У больных контрольной группы дренажную трубку удаляли на 2–6-й день после операции. Продолжительность дренирования определялась хирургом на основании клинических данных, включая характер и количество отделяемого из брюшной полости, длительность послеоперационного пареза желудочно-кишечного тракта, и в среднем составила  $2,8 \pm 1,1$  сут.

С целью изучения влияния профилактического дренирования брюшной полости на течение послеоперационного периода нами оценивались частота осложнений, продолжительность гипертермии после операции, длительность пребывания в стационаре после хирургического вмешательства.

### Результаты

Нами отмечено только одно осложнение – подкожная гематома в области послеоперационной раны у пациентки основной группы, перенесшей правостороннюю гемиколэктомию по поводу рака восходящей ободочной кишки. Гематома была вскрыта и дренирована на 5-й день после операции, в дальнейшем заживление раны у этой пациентки протекало без особенностей.

Повышение температуры тела до субфебрильных значений в ближайшем послеоперационном периоде отмечалось у 11 (64,7%) больных, которым профилактическое дренирование брюшной полости не проводилось, и у 10 (50,0%) пациентов контрольной группы. При этом у 2 (11,8%) больных основной и 3 (15,0%) пациентов контрольной групп регистрировались эпизоды гипертермии выше 38 °С. Во всех случаях лихорадка была кратковременной и купировалась приемом нестероидных противовоспалительных средств. При этом дополнительных пункций, дренирования брюшной полости, продления профилактической антибиотикотерапии, выполнения контрольных ультразвуковых исследований не потребовалось. Следует отметить, что ни в одном случае нами не было отмечено осложнений, связанных с дренированием брюшной полости, трудностей при извлечении дренажной трубки, а также развития последующего воспаления в области дренажного канала. Вместе с тем у 2 (10%) больных контрольной группы в течение 2 сут после удаления дренажной трубки отмечалось поступление серозного отделяемого из раны, которое прекратилось самостоятельно. Продолжитель-

ность послеоперационного пребывания в стационаре была сопоставима в обеих группах:  $5,8 \pm 1,4$  дня (5–8 дней) – в основной группе и  $6,0 \pm 1,8$  дня (5–9 дней) – в контрольной.

### Обсуждение

Необходимость дренирования брюшной полости после операций на толстой кишке активно обсуждается уже на протяжении двух десятилетий. В мировой литературе данному вопросу посвящен ряд специальных исследований. Так, в 1999 г. D. R. Urbach и соавт. опубликовали метаанализ сравнительных работ, где показано, что у пациентов, которым профилактическое дренирование брюшной полости после плановых операций на толстой кишке не проводилось, частота осложнений не увеличивается [4]. К аналогичному выводу пришли A. Karliczek и соавт. (2006 г.) при анализе результатов операций, завершаемых формированием колоректального анастомоза [1].

Кроме того, обсуждаются нежелательные побочные эффекты дренирования. Так, F. Merad и соавт. (1998 г.) указывают на такие осложнения, связанные с установкой дренажной трубки, как формирование наружного кишечного свища, кровотечение, длительное истечение серозной жидкости из брюшной полости, нагноение в области дренажного канала [2]. Проанализировав возможную пользу и вред профилактического дренирования, авторы пришли к выводу об отсутствии необходимости дренирования брюшной полости после плановых операций на толстой кишке. Такой же точки зрения придерживается группа канадских исследователей под руководством N. Wasey (2003 г.), которые изучали экономические затраты на неадекватные профилактические мероприятия после колоректальных хирургических вмешательств [5]. По мнению авторов, отказ от рутинного дренирования брюшной полости не только не приводит к росту числа осложнений, но и сокращает расходы на лечение пациента. Так, в 2002 г. перерасход средств в клинике был оценен ими в 30,4 долл. США на одного больного, что вкуче с избыточным профилактическим применением антибиотиков и гепарина приводило к неоправданному росту экономических затрат на 15 000 долл. США в год.

Более широкий взгляд на вопрос дренирования брюшной полости после плановых операций отражен в работе H. Petrowsky и соавт. (2004 г.), которые провели анализ исследований, посвященных вмешательствам на различных отделах желудочно-кишечного тракта [3]. Авторы пришли к выводу, что в настоящее время завершать плановую хирургическую операцию дренированием брюшной полости целесообразно при выполнении резекции пищевода и гастрэктомии, тогда как при вмешательствах на толстой кишке этот прием не улучшает качество лечения.

Предварительные результаты нашего исследования согласуются с данными зарубежных авторов. В нашей работе не было выявлено влияния профилактического дренирования брюшной полости на частоту осложнений, характер гипертермии и продолжительность послеоперационного койко-дня у больных, перенесших плановую резекцию ободочной кишки из единого лапароскопического доступа по

поводу доброкачественных новообразований и неосложненных форм рака. Планируется продолжить набор материала, что позволит выполнить статистическую обработку репрезентативных данных и сделать определенное заключение о том, необходимо ли на современном этапе развития хирургии дренировать брюшную полость после плановых колопроктологических операций.

Важно подчеркнуть, что экстренные операции, а также вмешательства, выполненные в условиях воспаления или нарушения кишечной проходимости, должны рассматриваться отдельно, поскольку дренирование брюшной полости после такого рода хирургических операций носит скорее терапевтический, чем профилактический характер. На наш взгляд, отказ от дренирования брюшной полости в этих случаях не оправдан.

### Заключение

В настоящее время большинство колопроктологов завершают плановые операции на толстой кишке дренированием брюшной полости, руководствуясь эмпирическими принципами, унаследованными от хирургии прошлого столетия. Вместе с тем технологические достижения последних лет требуют критического пересмотра такого подхода.

Возникшие сомнения в необходимости обязательного дренирования брюшной полости после плановых колопроктологических операций побудили нас проанализировать научную литературу, посвященную этому вопросу. Выяснилось, что в доступных нам источниках нет данных, подтверждающих целесообразность установки дренажной трубки в полость таза после вмешательств на толстой кишке. В связи с этим было начато собственное сравнительное исследование. Полученные нами предварительные результаты предполагают отсутствие необходимости в дренировании брюшной полости после операций из единого лапароскопического доступа. Мы планируем продолжить эту работу, чтобы на репрезентативном клиническом материале продемонстрировать отсутствие статистически значимых различий в основной и контрольной группах. Если результаты данного исследования будут воспроизводиться и в исследованиях других авторов, то от рутинного дренирования брюшной полости при плановых операциях на толстой кишке можно будет отказаться.

### ЛИТЕРАТУРА.

1. 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.
2. 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.
3. Petrowsky H., Demartines N., Rousson V., Clavien P. A. Evidence-based value of prophylactic drainage in gastrointestinal surgery: a systematic review and meta-analyses // *Ann. Surg.* 2004. Vol. 240, № 6. P. 1074–1084.
4. 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. Vol. 229, № 2. P. 174–180.
5. 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.

Поступила 19.04.2012