

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ДРЕНИРОВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
ПОСЛЕ АППЕНДЕКТОМИИ

Сопуев А.А.¹, Калжикеев А.А.², Мырзакалыков К.И.¹, Туташев А.С.², Кудаяров Э.Э.¹

¹ Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,

² Национальный хирургический центр МЗ КР,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье на основе методов доказательной медицины определена эффективность профилактического дренирования брюшной полости после аппендэктомии.

Ключевые слова: профилактическое дренирование брюшной полости, аппендэктомия, рандомизированное клиническое исследование.

АППЕНДЕКТОМИЯДАН КИЙИН КУРСАК КӨНДӨЙҮН ДРЕНАЖДОДО
АЗЫРКЫ КӨЗ КАРАШТАР

Сопуев А.А.¹, Калжикеев А.А.², Мырзакалыков К.И.¹, Туташев А.С.², Кудаяров Э.Э.¹

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,

² КР ССМ Улууттук хирургиялык борбору,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада далилделген медицинанын негизинде аппендэктомиядан кийин курсак көндөйүн алдын ала дренаждоонун натыйжалуулугу аныкталды.

Негизги сөздөр: курсак көндөйүн алдын-ала дренаждоо, аппендэктомия, атайлап эмес клиникалык изилдөө.

MODERN VIEWS ON ABDOMINAL DRAINAGE AFTER APPENDECTOMY

A.A. Sopuev¹, A.A. Kalzhikeev², K.I. Myrzakalykov¹, A.S. Tutashev², E.E. Kudayarov¹

¹ Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev,

² National Surgical Centre MH KR,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Abstract: on the basis of evidence-based medicine methods it was determined the effects of prophylactic abdominal drainage after appendectomy.

Keywords: prophylactic drainage of the abdominal cavity, appendectomy, a randomized clinical trial.

Введение. Профилактическое дренирование брюшной полости (ПДБП) в течение многих десятилетий широко применяется после различных хирургических вмешательств в качестве эффективного метода профилактики осложнений в абдоминальной хирургии [7, 8, 9].

В последние годы в международном хирургическом сообществе стали предприниматься попытки по оценке эффективности ПДБП после хирургических вмешательств на органах брюшной полости на основе проведения контролируемых рандомизированных клинических исследований (РКИ). Несмотря на результаты проведенных исследований, которые были основаны на фактических данных и подтверждаю-

щих спорность ПДБП во многих случаях, большинство хирургов по всему миру продолжают регулярно использовать ПДБП [7, 8, 9].

Поэтому на основе методов доказательной медицины было проведено исследование с целью определения эффективности ПДБП после аппендэктомии путем собирания, истолкования и объединения авторитетных, важных и практикуемых в медицине доказательств, полученных в специальных научных исследованиях.

Материал и методы исследования. На сегодняшний день опубликовано 5 РКИ, в которых была проведена оценка эффективности дренирования брюшной полости после аппендэктомии при остром аппендиците (Табл. 1).

Таблица 1

Характеристика РКИ по оценке эффективности ПДБП при остром аппендиците

№	Автор, год	Уровень доказательности	Количество больных	Особенности заболевания	Продолжительность дренирования
1.	Magarey, 1971 [4]	2b	279	Все стадии аппендицита	не сообщается
2.	Haller, 1971 [3]	2b	43	Перфоративный аппендицит с перитонитом	≥ 7 дн
3.	Stone, 1978 [6]	2b	113	Аппендэктомия при травме и для предполагаемого аппендицита, но не подтвердившегося	≥ 5 дн
4.	Greenall, 1978 [2]	2b	103	Аппендикулярный абсцесс, воспалительный экссудат в правой подвздошной ямке	не сообщается
5.	Dandapat, 1992 [1]	2b	86	Не сообщается	не сообщается

Результаты исследования и обсуждение. Аппендэктомия является наиболее распространенной операцией на органах ЖКТ. Как правило она выполняется при остром аппендиците. Степень развития воспалительного процесса при остром аппендиците варьировала от катаральной формы до гангренозной и перфоративной форм. В 2-х РКИ была проведена оценка эффективности профилактического дренирования брюшной полости при остром катаральном аппендиците [4, 6]. Несмотря на то, что обе изучаемые группы больных (с дренированием и без дренирования брюшной полости) имели относительно большой размер выборки (> 90 пациентов в каждой группе), исследования были проведены без расчета источника и размера выборки и, следовательно, были отнесены к категории 2b уровня. В одном исследовании сообщалось о значительно более высокой частоте раневой инфекции у больных с послеоперационным дренированием брюшной полости при остром катаральном аппендиците [4]. В других исследованиях в обеих изучаемых группах больных (с дренированием и без дренирования брюшной полости) частота раневых и интраабдоминальных гнойных осложнений была примерно на одном уровне [6].

Возможно значение профилактического дренирования брюшной полости после аппендэктомии может возрастать при гангренозном и перфоративном аппендиците. Для этого было определено 5 РКИ с целью оценки эффективности профилактического дренирования брюшной полости при гангренозном и перфоративном аппендиците. Из-за этих же причин, отмеченных выше, уровень доказательств в данных 5 РКИ

был классифицирован как 2b. Результаты показали более высокий уровень раневой инфекции у больных с дренированием брюшной полости (диапазон 43-85%), в сравнении с больными без дренирования брюшной полости (диапазон 29-54%). Отмечена неравномерность структуры интраабдоминальных гнойных осложнений в рассматриваемых РКИ. В 2-х исследованиях сообщалось о несколько более высоких уровнях интраабдоминальных гнойных осложнений у недренированных пациентов [2, 3]. В исследовании Stone Н.Н. с соавт. имел место более высокий уровень интраабдоминальных гнойных осложнений у дренированных пациентов [6]. В РКИ, проведенном Danadapat М.С. и Panda С. аналогичный показатель был примерно одинаков в обоих исследуемых группах [1]. Следует отметить, что развитие кишечных свищей наблюдалось только у больных с дренированием брюшной полости в 4,2-7,5% случаев.

Проведен мета-анализ, включивший только случаи гангренозного и перфоративного аппендицита. Четыре рандомизированных контролируемых исследования (все уровень 2b) были включены в этот мета-анализ с конечной целью оценки раневой инфекции. В 3-х РКИ была дана оценка внутрибрюшных гнойных осложнений и кишечных свищей. Исследование, проведенное Haller и соавт, было исключено из мета-анализа, вследствие того, что все исследуемые больные были педиатрического возраста, а группа детей без дренирования брюшной полости имела дополнительные дренажи в ране [3]. Анализ был рассчитан по принципу отношения шансов (ОШ). Для раневой инфекции этот показатель

был равен 1,75 (СІ 0,96- 3,19). Для кишечных свищей этот показатель был равен 12,4 (СІ 1,14-135) с количественным преобладанием в группе не дренированных больных. Для внутрибрюшных гнойных осложнений этот показатель был равен 1,43 (СІ 0,39-5,29) без количественного преобладания ни в одной из групп.

Заключение. Только хорошо продуманные РКИ с адекватными размерами выборки могут предоставить убедительные данные по оценке эффективности профилактического дренирования брюшной полости для снижения и выявления послеоперационных осложнений при хирургических вмешательствах в брюшной полости. Учитывая отсутствие окончательного обзора в этой области, мы провели многосторонний анализ на основе фактических данных для подготовки рекомендаций по использованию ПДБП в хирургии ЖКТ [5].

Результаты анализа показали, что во многих случаях профилактическое дренирование брюшной полости после аппендэктомии бесполезно, увеличивает индекс болевых ощущений и общую стоимость лечебных мероприятий. Такие выводы соответствуют любой из фаз течения острого аппендицита: от катарального до гангренозно-перфоративного. Даже если принять во внимание гетерогенность в схемах антибиотикотерапии ПДБП не снижали послеоперационных осложнений и увеличивало вероятность возникновения кишечных свищей. Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о том, что ПДБП следует избегать в любой стадии острого аппендицита (рекомендация степени А).

Литература:

1. Danadapat, M.C. *A perforated appendix: should we drain?* / M.C. Danadapat, C. Panda // J Indian Med Assoc. – 1992. – Т.90. – P.147-148.
2. Greenall, M.J. *Should you drain a perforated appendix?* / M.J. Greenall, M. Evans, A.V. Pollock // Br J Surg. – 1978. - №65. – P.880-882.
3. *Peritoneal drainage versus non-drainage for generalized peritonitis from ruptured appendicitis in children: a prospective study* / [J.A. Haller et al.] // Ann Surg. – 1973. - №177. – P.595-600.
4. *Peritoneal drainage and systemic antibiotics after appendectomy* / [C.J. Magarey et al.] // Lancet. – 1971. - №2. – P.179-182.
5. Meakins, J.L. *Innovations in surgery: the rules of evidence* / J.L. Meakins // Am J Surg. – 2002. – Т.183. – P.399-405.
6. Stone, H.H. *Abdominal drainage following appendectomy and cholecystectomy* / H.H. Stone, C.A. Hooper, W.J. Millikan // Ann Surg. – 1978. - №187. – P.606-612.
7. Мамакеев, М.М. *Измерение скорости распространения поверхностных акустических волн в прогнозировании и диагностике течения раневого процесса* / М.М. Мамакеев, А.А. Сопуев, О.А. Салибаев // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2000. - №1. - С.54-55.
8. *Профилактическое дренирование брюшной полости после операций на дистальных отделах ЖКТ* / [Сопуев А.А. и др.] // Проблемы современной науки и образования. - 2016. - № 13 (55). - С. 129-131.
9. *Особенности клиники, диагностики и лечения острого аппендицита у беременных* / [Сопуев А.А. и др.] // Проблемы современной науки и образования. - 2016. - № 11 (53). - С. 121-124.