

МОЖНО ЛИ ВЫЛЕЧИТЬ ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ БЕЗ ОПЕРАЦИИ?

Н. Крылов, доктор медицинских наук, профессор,
А. Самохвалов, кандидат медицинских наук
Первый МГМУ им. И. М. Сеченова
E-mail: kfh@mma.ru

Диагноз «острый аппендицит» (ОА) – показание к экстренной операции. Однако практика выявляет дополнительные возможности лечения ОА при отказе больного от операции, а также – при тяжелых сопутствующих заболеваниях, поскольку неперфоративные формы ОА хорошо поддаются антибиотикотерапии.

Ключевые слова: острый аппендицит, антибиотикотерапия, прогноз.

До внедрения в практику в конце XIX века ранней регулярной аппендэктомии естественное течение острого аппендицита (ОА) сопровождалось высокой летальностью. R. Fitz (1886), изучивший 247 случаев ОА, привел такие данные: при перфоративном ОА без хирургического лечения летальность составляет 67% [10]. После опубликования С. McBurney в 1889 г. показаний к ранней аппендэктомии при ОА началось повсеместное внедрение данного метода лечения [15], и с 20-х годов XX века эта операция стала рутинной при ОА. В настоящее время летальность после аппендэктомии в целом – <1%: при ОА без перфорации – 0,07–0,70% с частотой послеоперационных осложнений 10–19%, при перфоративном аппендиците – 0,5–2,4% с частотой осложнений 12–30%. Внедрение ранней аппендэктомии при ОА может считаться одним из великих достижений хирургии и здравоохранения [7].

Однако в настоящее время в 15% случаев при гистологическом исследовании удаленного по поводу ОА червеобразного отростка изменений не находят, т.е. почти у каждого 6-го больного операция была напрасной. При этом аппендэктомия по поводу так называемой «неспецифической абдоминальной боли» оказывается не таким уж безобидным вмешательством. Сопряженные с ним нежелательные явления: косметический дефект; развитие спаечного процесса в брюшной полости; возможное формирование послеоперационной грыжи; вторичное бесплодие; потеря органа, который мог бы использоваться в некоторых сложных ситуациях (аппендикостомия для длительного внутрикишечного введения препаратов); его применение при пластике уретры или общего желчного протока [6].

Летальность при аппендэктомии, выполненной по поводу неспецифической абдоминальной боли («негативная» аппендэктомия), составляет 0,24% в течение 30 дней после операции. Частота осложнений после «негативной» аппендэктомии в целом такая же, как после аппендэктомии по поводу неперфоративного ОА. Острая тонкокишечная непроходимость, при которой требуется хирургическое лечение, развивается в среднем у 1,3% больных в течение 30 лет после операции. В целом «негативная» аппендэктомия увеличивает летальность в 3,5 раза по сравнению с таковой в популяции

[4, 7]. Есть данные, что «негативная» аппендэктомия сопровождается летальностью в 3 раза большей, чем аппендэктомия по поводу гистологически доказанного ОА [11].

Кроме того, известно, что у многих больных, перенесших аппендэктомию по поводу ОА, в анамнезе нередко отмечаются иногда по 2–3 его приступа, которые прошли самостоятельно. Сейчас считается, что перфоративный ОА – это не конечная стадия последовательного развития ОА от катаральной формы через флегмонозную к гангренозной. По-видимому, перфоративный и неперфоративный ОА – это разные заболевания, а не одна форма, переходящая в другую. При одной форме ОА перфорация происходит быстро. Другая форма – благоприятная, склонная к самоизлечению.

Частота перфорации ОА не зависит от времени наблюдения в стационаре. У детей, оперированных в течение 6 ч после госпитализации и в срок от 6 до 18 ч после госпитализации [17], она оказалась одинаковой. Частота перфоративного аппендицита не зависит от возраста – число больных с перфоративным аппендицитом на 100 тыс. населения одинаково во всех возрастных группах. После 48 ч с начала заболевания частота перфорации аппендикса не увеличивается.

Есть и экономический аспект: в США в 1997 г. на 1 млн дней госпитализации по поводу ОА пришлось потратить 1 млрд долларов [11] (не стоит забывать еще о 15% ненужных аппендэктомий!). Внедрение лапароскопической аппендэктомии делает лечение ОА еще дороже. Если хирург погрузил лапароскоп в живот и извлек его без удаленного органа, это часто негативно влияет на его самооценку.

Хирургия в настоящее время стремится к уменьшению инвазивности, развитие фармакологии расширяет возможности консервативного лечения (вспомним, например, успешное лечение острого дивертикулита толстой кишки, даже осложненного флегмоной окружающих тканей). Кроме того, всегда есть больные, которые отказываются от неотложной операции по разным причинам (например, представители секты адвентистов седьмого дня, которые не приемлют переливания крови), а также пациенты с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, у которых риск аппендэктомии возрастает. Помимо этого, сама по себе квалифицированная хирургическая помощь в силу определенных причин может быть недоступна (туристы, путешественники, моряки, военнослужащие), и далеко не каждый хирург сможет выполнить аппендэктомию самому себе, как это сделал Л. Рогозов 30.04.61 в Антарктиде на станции Новолазаревская.

Попытки оценить эффективность антибиотикотерапии в лечении ОА начались вскоре после изобретения антибиотиков. Оговоримся сразу, что обычно антибиотики применяют только при неосложненных случаях ОА. Посвященная этому работа была опубликована в 1953 г.: из 47 больных излечение достигнуто у 42 [13]. В 1959 г. E. Cordley [8] обобщил 5-летний опыт лечения антибиотиками 471 больного с острым неосложненным аппендицитом. У 9 пациентов понадобилось дренирование внутрибрюшных абсцессов, у 48 в связи с неэффективностью лечения выполнена аппендэктомия, 1 больной умер.

Эпизодически публиковались ретроспективные работы об опыте лечения ОА антибиотиками у моряков. M. Adams сообщил об опыте лечения ОА у 9 американских подводников [6]. Н.Н. Гурин и соавт. в 1992 г. обобщили опыт лечения в открытом море с 1975 по 1987 г. 252 советских моряков с

ОА [1]. Выздоровели 84,1% больных. Лучшие результаты были достигнуты при раннем начале лечения (в течение 6 ч от начала появления симптомов); при начале лечения после 12 ч от начала заболевания результаты были хуже. Результат лечения не зависел от возраста больных и выраженности симптоматики.

Чтобы четко ответить на вопрос об эффективности консервативного лечения ОА, необходимы проспективные исследования. И попытки такого анализа известны. L. Ansaloni и соавт. [6] отобрали за период с 1966 по 2009 г. всего 4 отвечающие строгим требованиям доказательной медицины работы, в которых проанализирован опыт лечения антибиотиками 741 больного неосложненным ОА. Из них у 351 больного выполнена аппендэктомия, у 390 – консервативное лечение. Как правило, использовали внутривенное введение антибиотиков в течение 48 ч с последующим пероральным их приемом в срок до 7–10 сут (чаще всего применяли комбинацию: цефотаксим или ципрофлоксацин с метронидазолом или тинидазолом). Оценивали эффективность лечения, число осложнений, динамику боли, лейкоцитоза, гипертермии, уровня С-реактивного белка и, естественно, – стоимость лечения.

Из больных, получавших консервативное лечение, операция в связи с неэффективностью антибиотикотерапии в течение 48 ч потребовалась 5,0–47,5% больных. Операция по поводу рецидива ОА в течение 1 года понадобилась 10,5–36,8% больных. «Малые» осложнения встречались после консервативного и оперативного лечения примерно с одинаковой частотой; «серьезные» осложнения после хирургического лечения отмечены в 2 раза чаще (10,8 против 5,4% случаев при консервативном лечении). При нехирургическом лечении быстрее проходила боль, быстрее нормализовывалась температура тела, чем при операции, меньше требовалось инъекций анальгетиков; кроме того, лечение антибиотиками дешевле, чем операция; разницы в динамике уровня С-реактивного белка не отмечалось.

Однако эффективность оперативного лечения оказалась значительно выше, чем антибиотикотерапии, так как при антибиотикотерапии больше больных, которым требуется операция в ближайшие сроки из-за неэффективности лечения, а также больше больных с рецидивами заболевания, в связи с которыми нужна операция.

Считается, что ОА развивается в результате обтурации отростка каловым камнем или отека слизистой. Поэтому, если даже и удастся с помощью антибиотиков ликвидировать инфекцию, захватившую аппендикс, в дальнейшем при сохранении окклюзии отростка сохраняется причина рецидива заболевания в отдаленные сроки.

C. Vons и соавт. [19] сравнили 2 группы больных неосложненным ОА: 120 больных лечили оперативно, 123 – антибиотиками (амоксциллином/клавуланатом по 3 г/сут в течение 8–15 дней). Диагноз подтверждали компьютерной томографией (КТ), причем у 18% больных из группы оперативного лечения интраоперационно неожиданно выявлен ОА с перитонитом, несмотря на отрицательные данные КТ. Это косвенно свидетельствует о сложности дооперационной диагностики ОА и ненадежности самых современных инструментальных методов обследования. С другой стороны, возможно, что примерно столько же больных перфоративным аппендицитом было и в группе консервативной терапии. Значит, можно предположить, что какую-то часть больных, даже с перфоративным аппендицитом, можно вылечить с помощью антибиотиков. Известно, что у детей

перфоративный аппендицит может быть вылечен консервативно [2]. Рецидив заболевания после консервативного лечения перфоративного ОА у взрослых обычно не носит катастрофического характера и протекает благоприятно [5, 9].

Перитонит в течение 30 дней от начала лечения при консервативном лечении выявлен у 8% больных, при оперативном – у 2%. При использовании антибиотиков операция в течение 1 мес из-за неэффективности лечения понадобилась 12% больных, в срок от 1 мес до 1 года – 29%. Авторы делают вывод о меньшей эффективности антибиотикотерапии, чем оперативного лечения.

В другом подобном исследовании [3] сравнивали результаты лечения 2 групп больных неосложненным ОА по 40 человек с длительностью заболевания <72 ч. Больных 1-й группы сразу оперировали, больных 2-й группы лечили антибиотиками (ципрофлоксацин в комбинации с метронидазолом): в течение 2 сут – внутривенно, затем – перорально в течение 7 дней. 2 больных из группы консервативного лечения были оперированы в ранние сроки – через 12 и 24 ч – по поводу перфоративного аппендицита. У остальных 38 больных достигнуто излечение, однако затем в течение 1 года еще 10% из них были оперированы по поводу рецидива ОА. В группе консервативного лечения выздоровление наступало быстрее, боль была выражена меньше, меньше требовалось обезболивающих средств, температура тела и лейкоцитоз снижались быстрее, но неэффективность лечения и частота рецидивов были достаточно высокими.

U. Varadhan и соавт. [18] из 350 больных ОА, получавших только антибиотики, выздоровление отметили у 68%, а 32% были оперированы в связи с неэффективностью терапии.

J. Stygud [16] сравнил оперативное лечение у 124 больных (осложнения, в основном – раневая инфекция – отмечены в 14% случаев) и консервативное – у 128 (в этой группе 12% больных прооперированы в течение 24 ч в связи с неэффективностью терапии и еще у 14% рецидив ОА развился в течение 1 года, в среднем – через 4 мес).

Необходимо подчеркнуть, что при возможности выбора метода лечения отмечена большая приверженность пациентов консервативному лечению.

По данным литературы, в случае антибиотикотерапии при лечении неосложненного ОА выздоровление наступает у 52,5–95,0% больных с частотой рецидива от 10,5 до 36,8%. В среднем следует считать, что антибиотикотерапия может подавить приступ ОА в 70% случаев, у 30% больных терапия будет неэффективной или в течение 1 года разовьется рецидив, причем 1/3 рецидивов разовьется в течение ближайших 10 дней после завершения приема медикаментов [12, 14].

Все хирурги, занимавшиеся этой проблемой, сходятся во мнении, что при выявлении симптомов перитонита на момент диагностики ОА однозначно показано оперативное лечение. Большинство высказываются в пользу возможности антибиотикотерапии при отказе больного от операции и в диагностически сложных случаях.

В 2008 г. ежегодный съезд Американского общества хирургов в Сан-Франциско постановил, что консервативное лечение ОА может быть рекомендовано: пациентам, недавно перенесшим инфаркт миокарда; больным с тяжелыми заболеваниями легких; женщинам в I триместре беременности; всем лицам, находящимся вне досягаемости квалифицированной медицинской помощи.

Несмотря на то, что у значительной части больных ОА консервативное лечение оказывается эффективным, сопряжено с небольшой вероятностью осложнений в процессе лечения, с более быстрым исчезновением симптоматики и нормализацией температуры тела, с меньшими потреблением обезболивающих препаратов, меньшими финансовыми затратами и более быстрым восстановлением трудоспособности, все же из-за более низкой эффективности лечения, чем в случае операции, антибиотикотерапия не может быть рекомендована как полноценная альтернатива оперативному лечению.

Хирургическое вмешательство и по сей день остается «золотым стандартом» в лечении ОА. Если бы удалось выделить надежные признаки благоприятной формы ОА, которая хорошо поддается антибиотикотерапии, это явилось бы очередным прорывом в лечении данного заболевания. Тогда оперативному лечению можно было бы подвергать больных с агрессивной (склонной к перфорации) формой заболевания, а больных с благоприятной (неперфоративной) формой можно было бы лечить антибиотиками.

Итак, в настоящее время антибиотикотерапия не может заменить раннюю аппендэктомию в лечении ОА ввиду меньшей эффективности. Пока не существует ни клинических признаков, ни инструментальных методов исследования, которые позволили бы уверенно, без операции, диагностировать благоприятные, так называемые неперфоративные формы ОА, которые хорошо поддаются антибиотикотерапии. Однако опыт указывает на дополнительные возможности лечения ОА при отказе от операции, тяжелых сопутствующих заболеваниях. Антибиотикотерапия, возможно, имеет также смысл при неясной клинической картине, подозрении на ОА в процессе динамического наблюдения в надежде на то, что заболевание разрешится консервативно.

Литература

1. Гурин Н.Н., Слободчук Ю.С., Гаврилов Ю.С. Эффективность консервативного лечения пациентов с острым аппендицитом на кораблях в открытом море // Вестн. хирургии. – 1992; 148: 144–50.
2. Abes M., Petic B., Kazil S. Nonoperative treatment of acute appendicitis in children // J. Pediatr. Surg. – 2007; 42: 1439–42.
3. Ajas A. Malik, Shamsul Bori. Conservative management of acute appendicitis // J. Gastrointest. Surg. – 2009; 13: 966–70.

4. Andersson R. Small bowel obstruction afyter appendectomyin Sweden // Br. J. Surg. – 2001; 88: 1387–91.

5. Andersson R., Petzold M. Nonsurgical treatment of appendiceal abscess or phlegmon: a systematic review and meta-analysis // Ann. Surg. – 2007; 246: 741–8.

6. Ansaloni L., Catena F., Coccolini G. et al. Surgery versus conservative antibiotic treatment in acute appendicitis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials // Dig. Surg. – 2011; 28 (3): 210–21.

7. Blomquist P., Andersson R., Granath F. et al. Mortality after appendectomy in Sweden, 1987–1996 // Ann. Surg. – 2001; 233: 455–60.

8. Cordley E. Five years of conservative treatment of acute appendicitis // J. Int. Coll. Surg. – 1959; 32: 255–61.

9. Dixon M., Haukoos J., Park I. et al. An assessment of the severity of acute appendicitis // Am. J. Surg. – 2003; 186: 718–22.

10. Fitz R. Perforating inflammation of vermiform appendix: with special reference to its diagnosis and treatment // Trans. Assoc. Am. Physicians. – 1886; 1: 107.

11. Flum D., Koepsell T. The clinical and economic correlates of misdiagnosed appendicitis: nationwide analysis // Arch. Surg. – 2002; 137: 799–804

12. Hansson J., Korner U., Khorram-Manesh A. Randomised clinical trial of antibiotic therapy versus appendectomy as primary treatment of acute appendicitis in unselected patients // Br. J. Surg. – 2009; 96 (5): 160–3.

13. Harrison P. Appendicitis and antibiotics // Am. J. Surg. – 1953; 85: 160–3.

14. Kaminski A., Lin I., Applebaum H. et al. Routin interval appendectomy is not justified after initial nonoperative treatment of acute appendicitis // Arch. Surg. – 2005; 140: 897–901.

15. McBurney C. Experience with early operative interference in cases of disease of vermiform appendix // NY State Med. J. – 1889; 50: 676.

16. Styrud J. Appendectomy versus antibiotic treatment in acute appendicitis. A prospective multicenter randomised trial // World J. Surg. – 2006; 30: 1033–7.

17. Surana R., Quinn F., Puri P. Is it necessary to perform appendectomy in the middle of the night in children? // BMJ. – 1993; 306: 1168.

18. Varadhan U., Humes D., Neal K. et al. Antibiotic therapy versus appendectomy for acute appendicitis: a meta-analysis // World J. Surg. – 2010; 34 (2): 199–209.

19. Vons C., Barry C., Maitre S. et al. Amoxicillin plus clavulanic acid versus appendectomy for treatment of acute uncomplicated appendicitis. An open-label, non-inferiority, randomized controlled trial // Lancet. – 2011; 377 (9777): 1573–9.

IS IT POSSIBLE TO CURE ACUTE APPENDICITIS WITHOUT SURGERY?

Professor **N. Krylov**, MD; **A. Samokhvalov**, Candidate of Medical Sciences

The obtained results give additional opportunities for the antibiotic treatment of acute appendicitis in patients, who had refused from surgery, and in patients which had severe concomitant diseases because nonperforated forms of acute appendicitis respond well to antibiotic therapy.

Key words: acute appendicitis, antibiotic therapy, prognosis.