

От редакции:

Уважаемые коллеги! Мы рады представить Вашему вниманию новую рубрику журнала, в которой будем делиться результатами интересных зарубежных исследований из разных областей педиатрии, сопровождая их комментариями наших специалистов. В настоящем выпуске предлагаем ознакомиться с результатами исследования (даны в виде перевода аннотации к статье) под названием «Effectiveness of Patient Choice in Nonoperative vs Surgical Management of Pediatric Uncomplicated Acute Appendicitis», опубликованного в открытом доступе в журнале *JAMA Surg.* в декабре 2015 г. Doi:10.1001/jamasurg.2015.4534

P.C. Minneci^{1, 2}, J.B. Mahida^{1, 2}, D.L. Lodwick^{1, 2}, J.P. Sulkowski^{1, 2}, K.M. Nacion¹, J.N. Cooper¹, E.J. Ambeba¹, R.L. Moss^{1, 2}, K.J. Deans^{1, 2}

¹ Центр исследования результатов хирургического вмешательства, НИИ национальной детской больницы, Колумбус, штат Огайо, США

² Отделение хирургии, Национальная детская больница, Колумбус, штат Огайо, США

Эффективность выбора пациентом между консервативным и хирургическим способом лечения неосложненного острого аппендицита у детей

Актуальность. Имеющиеся доказательства позволяют считать, что консервативное лечение неосложненного аппендицита безопасно. Однако суммарная эффективность лечения детей определяется сочетанием медицинских исходов с ожиданиями как самих пациентов, так и членов их семьи.

Цель исследования. Определить эффективность¹ выбора пациентом между консервативным и хирургическими способами лечения неосложненного острого аппендицита у детей.

Дизайн, условия и участники исследования. Проведено проспективное когортное исследование среди детей и подростков в возрасте от 7 до 17 лет с острым неосложненным аппендицитом. Исследование проводили на базе отдельно взятой высокоспециализированной детской больницы скорой неотложной помощи в период с 1 октября 2012 по 6 марта 2013 г. Пациенты и члены их семей подтверждали свое участие в исследовании информированным согласием, выбирая между консервативным способом лечения и неотложной аппендэктомией.

Вмешательства. Неотложная аппендэктомия так же, как и консервативное лечение, подразумевает наблюдение в стационаре в течение по крайней мере 24 ч с введением антибиотиков внутривенно и, при улучшении симптомов, завершение лечения курсом приема антибиотиков в течение 10 сут.

Основные исходы. Основным (первичным) исходом считали случаи (частоту) консервативного лечения, не потребовавшие оперативного вмешательства в течение 1 года после включения в исследование. В качестве дополнительных (вторичных) исходов анализировали частоту случаев осложненного аппендицита, число дней,

в течение которых пациент имел ограничения жизнедеятельности (disability days), а также расходы на медицинские услуги в сравниваемых группах (консервативное лечение в сравнении с хирургическим).

Результаты. В исследовании приняли участие 102 пациента; 65 пациентов/семей выбрали аппендэктомию [медиана возраста пациентов 12 лет; межквартильный размах — 9–13 лет; 45 (69%) пациентов мужского пола], 37 пациентов/семей выбрали консервативное лечение [возраст 11 (10–14) лет; 24 (65%) пациента мужского пола]. Исходные характеристики групп не различались. Основной исход исследования в группе консервативного лечения был достигнут в 89% случаев (95% ДИ 75–97) по истечении 30 сут (33 из 37 детей) и в 76% (95% ДИ 59–88) — по истечении 1 года (28 из 37 детей). Частота случаев осложненного аппендицита составила 2,7% в группе консервативного лечения (1 из 37 детей) и 12,3% — в группе с хирургическим вмешательством (8 из 65 детей; $p = 0,150$). По прошествии 1 года дети из группы консервативного лечения имели меньше дней ограничения жизнедеятельности, чем дети из группы с хирургическим вмешательством [Me 8 (5–18) и 21 (15–25) день, соответственно; $p < 0,001$]. Ниже в группе консервативного лечения были и расходы, связанные с лечением основного заболевания и уходом за пациентами [Me 4219 (2514–7795) и 5029 (4596–5482) долл. США, соответственно; $p = 0,010$].

Выводы и клиническая значимость. При согласии семьи консервативное лечение является эффективным способом лечения детей с неосложненным острым аппендицитом, характеризуется меньшим риском осложнений при меньшей стоимости лечения по сравнению с хирургическим вмешательством.

¹ **Эффективность** (англ. *effectiveness*) в эпидемиологии есть мера того, насколько вмешательство, процедура, метод лечения или услуга, будучи применены в обычных условиях, достигают того, для чего это делалось в отношении определенной группы людей (ред. в рамках экспериментального исследования); показатель того, насколько то или иное медицинское вмешательство выполняет свою задачу (Эпидемиологический словарь. Под ред. Дж. М. Ласта. М. 2009. URL: http://www.biometrika.tomsk.ru/lib/books/epid_dict.pdf)

Комментарий Д.А. Морозова к статье «Эффективность выбора пациентом между консервативным и хирургическим способом лечения неосложненного острого аппендицита у детей»

Контактная информация:

Морозов Дмитрий Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии и урологии-андрологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Адрес: 119992, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, тел.: +7 (499) 134-13-17, e-mail: damorozov@list.ru

Статья поступила: 21.12.2015 г., принята к печати: 04.02.2016 г.

Необходимо отметить, что желание провести лечение острого аппендицита без хирургического вмешательства сопровождается медицину начиная с первой аппендэктомии Т. Мортон (Tomas G. Morton) в 1887 г. В рамках европейских и мировых форумов на страницах научной печати периодически появляются работы, свидетельствующие о позитивном опыте консервативного лечения острого аппендицита. Но развития данное направление не получает. Почему?

Авторы основывают свои суждения на проспективном анализе лечения 45 детей в возрасте от 7 до 17 лет с так называемым неосложненным острым аппендицитом, большая часть из которых находилась под наблюдением в течение 1 года. Комплекс диагностики острого аппендицита включал клинический осмотр врачом-хирургом, анализ лейкоцитоза, сонографию или компьютерную томографию. Из исследования исключили пациентов с вариантами перитонита, признаками перфорации и флегмоны отростка, его расширения свыше 1,1 см, периаппендикулярных осложнений, наличием калового камня в просвете отростка, гиперлейкоцитоза: т.е., в соответствии с отечественными представлениями, под наблюдением находились пациенты с признаками «простого катарального аппендицита». Следует отметить, что классически острый аппендицит у детей развивается до деструктивных форм в течение ~24 ч, поэтому когорты пациентов с катаральными формами, имевшая боль в животе дольше 1 сут (до 48 ч, по данным авторов), требует уточнения относительно правомочности диагноза.

Понятно, что полученные авторами результаты подкупают любого доктора возможностью вылечить ребенка без операции, но, к сожалению, в статье, на мой взгляд, не получил объяснения ряд принципиальных позиций. Во-первых, отсутствие морфологического подтверждения диагноза «Острый аппендицит» в группе неоперированных детей формально не позволяет проводить дискуссию

о лечении именно этого заболевания. Критерии неинвазивной диагностики весьма относительно, не обладают полной достоверностью и специфичностью; более того, до сих пор совершенно не ясно, является ли «катаральный аппендицит» самостоятельной нозологической единицей или первой стадией «деструктивного аппендицита». Посыл антибиотикотерапии в лечении острого аппендицита также сомнителен, т.к. в генезе деструктивных форм первостепенную роль играют нарушение кровоснабжения отростка и тромбоз веточек аппендикулярной артерии, а не инфекция. Далее, всем хирургам хорошо известны ситуации, когда выполнение аппендэктомии технически осложняется патологической фиксацией отростка «старыми спайками», его изгибами, прикреплением забрюшинно и позади слепой кишки. Наличие таких морфологических изменений свидетельствует о предшествовавших атаках «катарального аппендицита», которые самостоятельно купировались, но привели к патологической фиксации отростка. Мы не можем исключить, что консервативное лечение «неосложненного аппендицита» аналогично приведет к первичному стиханию воспаления и последующему формированию спаек вокруг отростка, что в свою очередь может стать причиной быстрой прогрессии деструктивного аппендицита у данного пациента через годы. Наблюдение детей после успешной консервативной терапии длительностью 1 год, к сожалению, не может исключить такого развития событий.

Складывается впечатление, что подобные работы играют свою роль в понимании и совершенствовании стартовой терапии острого аппендицита в тех случаях, когда квалифицированная хирургическая помощь по тем или иным причинам невозможна. Для окончательных выводов необходимы тщательные многолетние научные исследования, выполненные многими коллективами. Сегодня нельзя рекомендовать пересмотр стратегии лечения острого аппендицита у детей, понимая неоднозначность трактовки полученных фактов.

Комментарий Е.Ю. Дьяконовой к статье «Эффективность выбора пациентом между консервативным и хирургическим способом лечения неосложненного острого аппендицита у детей»

Контактная информация:

Дьяконова Елена Юрьевна, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по хирургии НЦЗД

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2, стр. 1, тел.: +7 (495) 134-14-55, e-mail: rytella@mail.ru

Статья поступила: 17.01.2016 г., принята к печати: 04.02.2016 г.

Изучение консервативных методов лечения неосложненных форм аппендицита, несомненно, является важным и перспективным направлением в медицине. Острый аппендицит может возникнуть в любой момент. Бывают ситуации, когда провести оперативное лечение не представляется возможным в силу различных обстоятельств (отсутствие специальных инструментов, операционного блока или хирурга, пребывание заболевшего ребенка вдали от специализированного стационара и т.д.). В подобных случаях может быть применена консервативная терапия как единственный вариант помощи заболевшему ребенку или замедления прогрессирования острого состояния до обращения в стационар. В других случаях использование консервативной терапии — это сомнительный метод выбора. Антибактериальная терапия приводит к купированию воспалительного процесса в червеобразном отростке, переводя его в стадию так называемого хронического аппендицита. Это в последующем также потребует хирургического лечения, о чем свидетельствуют данные, представленные в статье.

Остаются сомнительными и методы диагностики при постановке диагноза неосложненного острого аппендицита. Ни одно из современных лабораторных или инстру-

ментальных исследований, кроме лапароскопии, не дает 100% ответа по поводу воспаления в аппендиксе. Сердце оперирующего хирурга всегда беспокоит, когда во время операции обнаруживается катаральный червеобразный отросток. В хирургической практике выявление минимальных воспалительных изменений в аппендиксе заставляет хирурга продолжать диагностический поиск причины боли в животе у ребенка. Катаральный аппендицит (неосложненный) не дает клинической картины острого живота у ребенка. Также остается дискуссионным вопрос о необходимости аппендэктомии при диагностировании катарального аппендицита.

Что касается экономической эффективности, то применение методов современной эндоскопической хирургии в лечении острого аппендицита демонстрирует отличные результаты. Так, пребывание ребенка в стационаре не превышает 3–5 сут, антибактериальная терапия проводится коротким курсом либо однократно, в рамках предоперационной подготовки.

Таким образом, с учетом отсутствия на современном этапе достоверных неинвазивных методов исследования лапароскопия остается «золотым стандартом» в диагностике любой формы острого аппендицита, о чем свидетельствуют многочисленные работы в этой области.