Острый аппендицит у взрослых

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2023 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K35.0, K35.1, K35.9, K36, K37, K38.0, K38.1, K38.2 · Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов", РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ

Острый аппендицит — это острое воспаление червеобразного отростка. Заболевание может осложняться перфорацией, абсцессом или перитонитом. Рекомендация посвящена диагностике и тактике у взрослых: оценке вероятности заболевания, выбору визуализации, аппендэктомии и ведению осложнённых форм.

Главное

- При подозрении на острый аппендицит пациента должен осмотреть хирург для исключения или подтверждения диагноза и определения дальнейшей тактики. УУР С, УДД 5. Диагноз устанавливается на основании жалоб, данных физикального обследования, лабораторных анализов, включая лейкоцитоз и увеличение содержания С-реактивного белка, а также УЗИ или КТ-признаков острого аппендицита.
- Вероятность аппендицита следует оценивать у всех пациентов по шкалам AIR, RIPASA и AAS. AIR и AAS обладают наилучшей прогностической эффективностью при подозрении на острый аппендицит и могут снижать частоту отрицательных аппендэктомий и необходимость визуализационных исследований при низком и промежуточном риске. УУР С, УДД 5.
- При подтверждённом остром аппендиците стандартом является аппендэктомия; при наличии лапароскопического оборудования и опыта предпочтителен лапароскопический доступ. УУР С, УДД 5; для лапароскопической аппендэктомии — УУР В, УДД 1.
- Неосложнённый аппендицит можно оперировать с отсрочкой до 24 часов только при нахождении пациента в стационаре под наблюдением врача-хирурга. При осложнённом аппендиците вмешательство выполняют в максимально короткие сроки. УУР С, УДД 4.
- Предоперационную антибиотикопрофилактику проводят всем пациентам за 60 минут до разреза; используют пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз (J01CR). Если длительность операции превышает 3 часа, препарат вводят повторно. УУР А, УДД 1.
- Послеоперационные антибиотики не нужны при неосложнённом аппендиците. При осложнённом течении их назначают с учётом стратификации пациента и данных бактериологического исследования; ориентировочная продолжительность — 3–5 дней при адекватной санации очага инфекции. УУР А, УДД 2 и УУР В, УДД 2.
- После разрешения аппендикулярного инфильтрата и/или абсцесса, пролеченных неоперативным способом, выполняют колоноскопию и КТ брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием не ранее чем через 1 и не позднее чем через 6 месяцев. После консервативного лечения аппендикулярного инфильтрата интервальная аппендэктомия нужна только при рецидиве острого аппендицита или жалобах, свидетельствующих о снижении качества жизни. УУР С, УДД 4 и УУР С, УДД 3.

Диагностика

1. При поступлении пациента с подозрением на аппендицит организуют осмотр хирурга для подтверждения или исключения диагноза и выбора дальнейшей тактики. УУР С, УДД 5.
2. В анамнезе уточняют боль: часто она начинается в эпигастрии или около пупка, затем в течение нескольких часов перемещается в правый нижний квадрант; также оценивают потерю аппетита, тошноту и рвоту. Боль в правом нижнем квадранте следует расценивать как подозрение на острый аппендицит. УУР С, УДД 5.
3. При осмотре оценивают общее состояние, вынужденное положение, болезненность в точке Мак-Берни, мышечное напряжение и перитонеальные симптомы; при подозрении на тазовое расположение отростка проводят трансректальное пальцевое исследование. УУР С, УДД 5.
4. Выполняют общий анализ крови с оценкой лейкоцитоза, доли полиморфноядерных нейтрофилов, СОЭ и С-реактивного белка, а также общий анализ мочи для исключения патологии мочевыделительной системы. УУР С, УДД 5.
5. По шкале AIR: 0–4 балла — низкая, 5–8 — неопределённая, 9–12 — высокая вероятность аппендицита.
6. По шкале AAS: 0–10 баллов — низкая, 11–15 — средняя, от 16 — высокая вероятность аппендицита.

7. При средней вероятности по AAS/AIR выполняют комплексное УЗИ брюшной полости; оно является обязательным дополнением к физикальному обследованию. Если УЗИ не выявило признаков аппендицита, используют КТ. УУР А, УДД 2.
8. При отрицательных данных УЗИ рекомендуется низкодозовая КТ брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием. При отрицательных данных лабораторных и инструментальных исследований, но сохраняющейся боли в правой подвздошной области выполняют КТ. При отрицательных данных КТ и усиливающейся или сохраняющейся боли в процессе динамического наблюдения выполняют диагностическую лапароскопию; если она недоступна, проводят оперативное вмешательство открытым доступом. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Пациентов со средней вероятностью аппендицита по AAS/AIR госпитализируют для динамического наблюдения. УУР С, УДД 5.
- При верифицированном аппендиците выполняют аппендэктомию; при наличии оборудования и опыта выбирают лапароскопический доступ. При его недоступности применяют открытый доступ в точке Мак-Берни. УУР С, УДД 5; лапароскопическая аппендэктомия — УУР В, УДД 1.
- При органной дисфункции проводят предоперационную коррекцию витальных функций в отделении реанимации, включая интенсивную инфузионную терапию, коррекцию водно-электролитных нарушений и антибиотикопрофилактику. УУР С, УДД 5.
- Консервативную антибактериальную терапию применяют при дооперационно выявленном аппендикулярном инфильтрате без абсцесса или при подтверждённом неосложнённом аппендиците, если пациент категорически отказывается от операции. Этот подход исключают при наличии калового камня в аппендиксе и у беременных; у взрослых его проводят только в рамках зарегистрированных исследований, одобренных этическим комитетом. УУР А, УДД 1.
- Консервативное лечение начинают с внутривенного введения системных антибактериальных препаратов; препаратами первой линии указаны пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз (J01CR), затем переходят на пероральный приём. В исследованиях курс инфузионной антибактериальной терапии составлял 48 часов, общий курс — 7–10 дней. УУР С, УДД 5.
- При периаппендикулярном абсцессе, выявленном до операции без признаков перитонита, выполняют чрескожное дренирование под контролем УЗИ или КТ. При диаметре до 5 см возможна пункционная санация; при размере более 5 см целесообразно дренирование, а при размере 10 см и более или наличии затёков — второй дренаж и дренажно-промывная система. УУР В, УДД 2.
- При перфорации червеобразного отростка аппендэктомию дополняют дренированием брюшной полости и антибиотикотерапией. При местном гнойном перитоните эвакуируют экссудат и дренируют брюшную полость; рутинное промывание её раствором натрия хлорида 0,9% или антисептиками не проводят. УУР С, УДД 5 и УУР А, УДД 2.
- В день операции и в предоперационном периоде пациент остаётся голодным. После операции питание начинают рано: на следующий день допускают до 500 мл жидкости, с 2–3-го дня питьё не ограничивают, пищу обычно вводят на 2–3-й день и постепенно расширяют диету к 6–7-му дню. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренная госпитализация показана при установленном или обоснованно предполагаемом остром аппендиците.
- При средней вероятности аппендицита по AAS/AIR пациента госпитализируют для наблюдения хирургом, даже если диагноз ещё не подтверждён.
- После успешной консервативной терапии аппендикулярного инфильтрата плановая госпитализация показана через 6 недель после рассасывания инфильтрата при наличии жалоб.
- Выписка возможна при стабилизации состояния, стойком регрессе признаков системной воспалительной реакции, улучшении жизненных функций органов, восстановлении моторики ЖКТ и естественного питания, купировании явлений перитонита и отсутствии гнойно-септических или внутрибрюшных осложнений.

Частые вопросы

Когда при подозрении на аппендицит нужна КТ?

При средней вероятности по AAS/AIR КТ выполняют, если УЗИ не показало признаков аппендицита. При отрицательных данных УЗИ рекомендуется низкодозовая КТ с внутривенным болюсным контрастированием. У пациентов младше 40 лет с высокой вероятностью КТ не рекомендуется. УУР А, УДД 2; для низкодозовой КТ после отрицательного УЗИ — УУР С, УДД 5; при высокой вероятности у пациентов младше 40 лет — УУР В, УДД 2.

Как обследовать беременную с подозрением на острый аппендицит?

Сначала проводят УЗИ брюшной полости, а при его неинформативности — МРТ, если она доступна. КТ брюшной полости при беременности не рекомендуется. УУР В, УДД 2.

Всегда ли при аппендиците нужна операция?

При верифицированном аппендиците стандартом остаётся аппендэктомия. Консервативная антибактериальная тактика допустима при аппендикулярном инфильтрате без абсцесса или при неосложнённом аппендиците у категорически отказавшегося от операции пациента; её не применяют при наличии калового камня и у беременных.

Нужны ли антибиотики после аппендэктомии?

При неосложнённом аппендиците послеоперационные антибиотики не назначают. При осложнённом течении их назначают препаратами первой линии — пенициллинами в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз; ориентировочный курс при адекватной санации составляет 3–5 дней. УУР А, УДД 2 и УУР В, УДД 2.

Когда после неоперативного лечения нужно удалять аппендикс?

После консервативного лечения аппендикулярного инфильтрата интервальную аппендэктомию выполняют только при рецидиве острого аппендицита или жалобах, свидетельствующих о снижении качества жизни. Для исключения онкологического процесса колоноскопию и КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием проводят не ранее чем через 1 и не позднее чем через 6 месяцев. УУР С, УДД 3 и УУР С, УДД 4.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/325-ostryj-appendicit-u-vzroslyh. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/325_2