Острый аппендицит и перитонит у детей

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K35, K36, K37, K38.1, K38.8, K65, K66.8 · Общероссийская общественная организация "Российская ассоциация детских хирургов"

Острый аппендицит — острое неспецифическое воспаление червеобразного отростка, а перитонит — воспаление брюшины с риском органной дисфункции, сепсиса и полиорганной недостаточности. Рекомендация посвящена ведению детей с подозрением на аппендицит: своевременной диагностике, выбору между наблюдением, консервативным и хирургическим лечением, а также послеоперационной тактике.

Главное

- При подозрении на острый аппендицит ребенка госпитализируют экстренно в детский хирургический стационар.
- Госпитализированных пациентов с подозрением на острый аппендицит повторно осматривает врач — детский хирург — не позднее 2 часов после госпитализации (УУР С, УДД 5).
- УЗИ — метод визуализации первой линии у детей. Воспаленный отросток обычно выглядит как неперистальтирующая тубулярная структура диаметром более 6 мм с утолщенными стенками 2–3 мм (УУР А, УДД 2).
- При сомнительном диагнозе без убедительных клинических и эхографических признаков проводят динамическое наблюдение до 12 часов, повторяя осмотры детским хирургом не более чем через 6 часов. Если сомнения сохраняются, показана диагностическая лапароскопия (УУР А, УДД 1).
- Лечение деструктивного неосложненного аппендицита, аппендикулярного перитонита и периаппендикулярного абсцесса 1–2 — аппендэктомия, предпочтительно лапароскопическая при наличии специалиста и оборудования (УУР А, УДД 2).
- При установленном аппендикулярном инфильтрате применяют консервативную терапию (УУР В, УДД 2).
- При осложненном аппендиците после операции необходимы интенсивная терапия, коррекция водно-электролитных и метаболических нарушений, системные антибиотики, обезболивание и нутритивная поддержка. При неосложненном аппендиците послеоперационные системные антибиотики не назначают (УУР В, УДД 3).

Диагностика

1. Собрать анамнез: длительность, характер и локализацию боли, тошноту, рвоту, аппетит, температуру, стул и мочеиспускание; у девочек уточнить гинекологический анамнез, у мальчиков — боль в пахово-мошоночной области (УУР С, УДД 5).
2. Оценить общее состояние, сознание, дыхание, кровообращение, температуру, частоту сердцебиения, артериальное давление и частоту дыхания. Осмотреть живот, наружные половые органы у мальчиков, выполнить пальпацию и оценить локальную болезненность, мышечный дефанс и симптом Щеткина—Блюмберга (УУР С, УДД 5; для пальпации — УУР В, УДД 5).
3. При поступлении выполнить общий анализ крови и общий анализ мочи; если планируется операция — определить группу крови и резус-фактор. Нормальный уровень лейкоцитов не исключает ни неосложненный, ни осложненный аппендицит (УУР С, УДД 5).
4. При тяжелом состоянии дополнительно исследовать кислотно-основное состояние и газы крови, биохимические показатели крови, С-реактивный белок и коагулограмму (УУР С, УДД 5).
5. При сомнительном диагнозе выполнить УЗИ органов брюшной полости, тонкой и толстой кишки (УУР А, УДД 2). Небольшое скопление жидкости рядом с измененным отростком не является специфичным признаком абсцесса; патогномоничная эхографическая картина характерна для сформированного периаппендикулярного абсцесса 3.
6. Если после УЗИ клиническая картина остается неоднозначной, используют СКТ с внутривенным контрастированием или МРТ с внутривенным контрастированием; эти методы не относятся к первой линии (УУР А, УДД 2). При неясном диагнозе после не менее чем 12 часов наблюдения выполняют диагностическую лапароскопию (УУР С, УДД 5).

Лечение

- При подтвержденном неосложненном аппендиците операцию выполняют срочно, не позднее 6 часов после установления показаний (УУР А, УДД 3); отсрочка допустима только в стационаре под наблюдением детского хирурга и не должна превышать 24 часов.
- При осложненном аппендиците операцию проводят в максимально короткие сроки после предоперационной подготовки, обычно за 2–3 часа; при критическом состоянии период стабилизации может быть увеличен до 6 часов. Для коррекции водно-электролитных нарушений используют прежде всего растворы кристаллоидов.
- Перед операцией проводят антибактериальную профилактику пенициллинами с ингибиторами бета-лактамаз либо цефалоспоринами II/III поколения. Препарат вводят за 30–60 минут до разреза кожи, а при операции дольше 3 часов введение повторяют (УУР А, УДД 2).
- При аппендикулярном инфильтрате начинают внутривенную системную антибактериальную терапию: защищенный пенициллин либо цефалоспорин II/III поколения в сочетании с метронидазолом. Внутривенный курс продолжают не менее 48 часов, общий курс — не менее 7 дней; пример эмпирической схемы — амоксициллин/клавулановая кислота или цефтриаксон/цефотаксим с метронидазолом (УУР С, УДД 5).
- При периаппендикулярном абсцессе 3 выполняют внебрюшинное вскрытие и дренирование без удаления червеобразного отростка; при наличии условий предпочтительно чрескожное дренирование под контролем УЗИ. Используют трубчатый дренаж 8–10 Fr, обычно оставляя его на 3–5 суток до прекращения гнойного отделяемого и регресса изменений по УЗИ (УУР В, УДД 3).
- При распространенном перитоните с синдромом интраабдоминальной гипертензии выполняют срединную лапаротомию; при синдроме кишечной недостаточности 3 степени показана интубация тонкой кишки. Лапароскопическую операцию при периаппендикулярном абсцессе 3 и тотальном перитоните не выполняют (УУР С, УДД 5).
- После операции по поводу осложненного аппендицита назначают системные антибиотики; примерная длительность при неосложненном послеоперационном течении — 5–7 дней. Стартовая схема включает защищенные пенициллины либо цефалоспорин II–IV поколения с метронидазолом; при тотальном перитоните с сепсисом могут применяться карбапенемы в сочетании с гликопептидами (УУР С, УДД 5).
- При сохранной функции кишечника хирургическую диету начинают с первых послеоперационных суток, переход на общевозрастную диету обычно выполняют к 3-м суткам. При синдроме кишечной недостаточности 2–3 степени проводят раннее энтеральное зондовое питание, а переход на общевозрастную диету откладывают примерно на 7–10 суток.

Когда направить и как наблюдать

- Любого ребенка с подозрением на острый аппендицит направляют экстренно в детский хирургический стационар.
- При стабильном состоянии, сложном диагностическом случае и отсутствии необходимого оборудования пациента маршрутизируют в стационар более высокого уровня для выполнения СКТ или МРТ.
- При сомнительном диагнозе наблюдают в стационаре до 12 часов с повторными осмотрами; при сохранении сомнений выполняют диагностическую лапароскопию.
- После успешного консервативного лечения аппендикулярного инфильтрата или дренирования абсцесса ребенок наблюдается амбулаторно детским хирургом до интервальной аппендэктомии, обычно в течение 3–6 месяцев.
- Выписка возможна при удовлетворительном состоянии, отсутствии жалоб и патологических изменений при физикальном и лабораторном обследовании, а также осложнений по данным УЗИ. Ориентировочный срок госпитализации — 5–7 суток при неосложненном и 7–14 суток при осложненном аппендиците.

Частые вопросы

Когда при сомнительном аппендиците нужно оперировать?

Если убедительных признаков нет, проводят динамическое наблюдение до 12 часов с повторными осмотрами не более чем через 6 часов. При сохранении диагностических сомнений выполняют диагностическую лапароскопию.

Является ли УЗИ обязательным первым исследованием?

УЗИ считают предпочтительным методом первой линии у детей благодаря отсутствию ионизирующего излучения. При сомнительном диагнозе его выполняют для оценки отростка и осложнений; СКТ или МРТ используют после УЗИ в сложных случаях.

Как лечить аппендикулярный инфильтрат?

Проводят консервативное лечение с внутривенными системными антибиотиками: защищенным пенициллином либо цефалоспорином II/III поколения с метронидазолом. Внутривенная терапия длится не менее 48 часов, общий курс — не менее 7 дней; в российской практике затем выполняют интервальную аппендэктомию.

Нужны ли антибиотики после операции при неосложненном аппендиците?

Нет, послеоперационные системные антибиотики при неосложненном аппендиците не назначают. Периоперационная профилактика должна быть ограничена 72 часами.

Что делать при периаппендикулярном абсцессе 3?

Выполняют внебрюшинное вскрытие и дренирование абсцесса без удаления червеобразного отростка; при наличии возможностей — чрескожно под контролем УЗИ. Дренаж обычно оставляют на 3–5 суток, а интервальную аппендэктомию выполняют не ранее чем через 6–8 недель, чаще через 3–6 месяцев.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/64-ostryj-appendicit-i-peritonit-u-detej. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/64_2