

Клинический протокол

| ГБУ РД «Городская клиническая больница» | | |
|---|--|--------------|
| Вид документа | Клинический протокол | |
| ГБУ РД «ГКБ» | Версия | № 1 |
| | Запись в Едином реестре документации | № 325 |
| | Экземпляр | № 1 |
| | Введен в действие | Дата 2015 |
| Конфиденциально | Срок действия | 3 года |
| Название документа | <i>Клинический протокол «Острый аппендицит»</i> <i>Коды МКБ (перечислить):</i> <i>K35/K36/K37/K38</i> <i>Возрастная группа: взрослые</i> <i>Год утверждения 2015</i> | |

| | Должность | Ф. И. О. | Подпись | Дата |
|--------------|---|----------------------|---------|------|
| Разработано: | <i>Должность</i> | | | |
| Согласовано | Главный врач | Малаев Х.М. | | |
| | Заместитель главного врача по лечебной работе | Гаджиева Л.Х. | | |
| | Заместитель главного врача по амбулаторно- поликлинической работе | Адильханов Б.Г. | | |
| | Заместитель главного врача по хирургической работе | Абдулмажидов Х.М. | | |
| | Заведующий экспертным отделом | Махмудов Ф. Б. | | |
| 2021 г. | | | | |

I. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение

Острый аппендицит – острое воспаление червеобразного отростка слепой кишки.

Осложненный ОА – признаки распространения инфекции в брюшной полости с развитием аппендикулярного инфильтрата, абсцесса (-ов), распространенного перитонита, забрюшинной флегмоны, пилефлебита.

1.2 Этиология и патогенез

Основной причиной развития острого аппендицита является нарушение пассажа содержимого из просвета червеобразного отростка (ЧО). Оно может быть обусловлено копролитами, глистной инвазией, пищевыми массами, лимфоидной гипертрофией, новообразованиями. Секретция слизи в условиях обструкции приводит к повышению давления внутри просвета аппендикса. Содержимое червеобразного отростка, обсемененное патогенной флорой, служит благоприятной средой для развития острого аппендицита. Наиболее часто выделяемая микрофлора – это аэробные микроорганизмы: *Esherichia Coli*, *Viridansstreptococci*, *PseudomonasAerugenosa*, *StreptococcusD*; анаэробы *BacteroidesFragilis*, *Bacteroides Thetaiotaomicron*, *Peptostreptococcus Micros Bilophilawadsworthia*, *Lactobacilluspp* и их ассоциации. У пациентов пожилого и старческого возраста возможен первичный гангренозный аппендицит, связанный с тромбозом аппендикулярной артерии, которая не имеет анастомозов.

1.3 Эпидемиология

Частота встречаемости в популяции США и странах Европы составляет от 7 до 12%. Ежегодно в США проводят около 250 000 оперативных вмешательств по поводу данной патологии, в Великобритании — до 40 000. В России в 2014 г. на стационарном лечении находились 225 636 больных острым аппендицитом, 224 412 из них были оперированы, летальность составила 0,13%. Острый аппендицит может возникнуть в любом возрасте. Чаще его диагностируют у пациентов в возрасте от 10 до 19 лет. Вместе с тем за последнее время в этой группе заболеваемость снизилась на 4,6%, в то время как в группе пациентов 30–69 лет увеличилась на 6,3%. Соотношение мужчин и женщин составляет соответственно 1,3–1,6:1. Тем не менее оперативных вмешательств больше у женщин, что связано с гинекологическими заболеваниями, протекающими под маской острого аппендицита.

1.4. Кодирование по МКБ 10

Острый аппендицит (K35):

K35.0 - Острый аппендицит с генерализованным перитонитом (с прободением, разрывом, разлитым перитонитом).

K35.1 - Острый аппендицит с перитонеальным абсцессом.

K35.9 - Острый аппендицит неуточненный (без прободения, разрыва, перитонеального абсцесса и перитонита).

1.5 Классификация

Острый аппендицит

- катаральный (простой, поверхностный);
- флегмонозный;
- эмпиема червеобразного отростка;
- гангренозный.

Осложнения:

- перфорация червеобразного отростка;
- аппендикулярный инфильтрат (дооперационное выявление);

- аппендикулярный инфильтрат (интраоперационное выявление);
 - рыхлый;
 - плотный;
- периаппендикулярный абсцесс (дооперационное выявление);
- периаппендикулярный абсцесс (интраоперационное выявление);
- перитонит.

II. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Классическая клиническая картина (анамнез, типичные физикальные симптомы, лабораторные признаки) отсутствует в 20-33% случаев. При этом в других случаях ОА может "маскироваться" под другие заболевания, в связи с чем диагностика ОА может быть существенно затруднена, особенно у пожилых пациентов, беременных и женщин детородного возраста. Заболевания, с которыми в обязательном порядке необходимо проводить дифференциальную диагностику ОА, представлены в Приложении Г1.

- Рекомендовано выполнить осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления пациента в стационар.

2.1 Жалобы и анамнез

- Рекомендовано любое появление боли в правом нижнем квадранте живота рассматривать как подозрение на ОА.
- Рекомендовано выяснить у пациента, имеются ли жалобы на анорексию, потерю аппетита, тошноту, рвоту.

2.2 Физикальное обследование

- Рекомендовано провести оценку общего состояния пациента.
- При осмотре рекомендовано обратить внимание на положение пациента.
- При пальпации рекомендовано провести оценку симптома Мак-Берне.
- При пальпации рекомендовано провести оценку перитонеальных симптомов:
 - Симптом Щеткина-Блюмберга;
 - Симптом Воскресенского;
 - Симптом Ровзинга;
 - Псоас-синдром;
 - Ослабление перистальтических шумов в правой половине живота по сравнению с левой.
- Рекомендовано проведение ректального пальцевого исследования при подозрении на острый аппендицит.

2.3 Лабораторная диагностика

- Рекомендовано выполнить общий анализ крови - лейкоцитоз, увеличение числа полиморфноядерных нейтрофилов (>75%), увеличение СОЭ имеют диагностическое значение при соответствии с клинической картиной.
- Рекомендовано выполнить общий анализ мочи для исключения патологии со стороны мочевыделительной системы.

- Рекомендовано выполнить бактериологическое исследование экссудата из брюшной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам.
- После хирургического вмешательства рекомендовано выполнить гистологическое исследование препарата червеобразного отростка для подтверждения и детализации интраоперационного диагноза.

2.4 Инструментальная диагностика

- Рекомендовано решение о необходимости проведения визуализации брюшной полости принимать на основе предварительной оценки вероятности ОА, проведенной по шкалам, представленным в Приложение Г2.
- Однозначно рекомендована визуализация брюшной полости только у пациентов с низкой вероятности ОА при отсутствии клинических улучшений после госпитализации в стационар, в случае средней или высокой вероятности ОА рекомендовано решение о проведении визуализации брюшной полости принимать индивидуально, с учетом особенностей клинического случая .
- При выборе метода визуализации брюшной полости рекомендовано соблюдать баланс соотношения "риск-польза" - учитывать возраст пациента и потенциальное облучение.
- В качестве метода визуализации брюшной полости рекомендована компьютерная томография [67].
- Беременным пациенткам проведение КТ брюшной полости не рекомендовано, рекомендовано проведение ультразвукового исследования брюшной полости, в случае недостаточной информативности УЗИ - МРТ брюшной полости [67].
- При неясной клинической картине и подозрении на ретроперитонеальное, ретроцекальное и атипичное расположение воспаленного червеобразного отростка, а также с целью дифференциальной диагностики с другими острыми заболеваниями органов брюшной полости и малого таза рекомендовано выполнение диагностической видеолапароскопии.

2.5 Иная диагностика

- Рекомендована консультация врача-акушер-гинеколога в целях дифференциальной диагностики при подозрении на нарушенную внематочную беременность, апоплексию яичника, альгодисменорею.
- Рекомендована консультация врача-уролога в целях дифференциальной диагностики при подозрении на обструкцию или инфекции мочевыводящих путей.

III. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.

Цели лечения:

- устранение источника воспаления (червеобразного отростка)
- профилактика и лечение осложнений.

Показания для экстренной госпитализации:

- установленный диагноз;
- обоснованное предположение о наличии ОА.

Показания для плановой госпитализации:

- состояние после успешной консервативной терапии аппендикулярного инфильтрата (через 6 недель после рассасывания инфильтрата)

3.1 Консервативное лечение

- Рекомендовано при диагностировании аппендикулярного инфильтрата (без признаков абсcedирования) до операции, выполнить консервативное лечение антибиотками.
- Рекомендовано при диагностировании аппендикулярного инфильтрата (без признаков абсcedирования) начинать антибактериальную терапию с внутривенного введения лекарственных препаратов с последующим переводом на пероральное [67].

3.2 Хирургическое лечение

- При инфекционном шоке рекомендовано выполнение предоперационной коррекции в отделении реанимации.
- Рекомендована проведение предоперационной антибиотикопрофилактики всем пациентам вне зависимости от типа ОА для снижения риска возникновения гнойно-инфекционных осложнений [2].
- Рекомендована проведение предоперационной профилактики тромбообразования пациентам с высоким риском тромботических осложнений: возраст старше 50 лет, избыточная масса тела, сопутствующая онкопатология, сердечно-сосудистые заболевания, в том числе инфаркт миокарда, варикозное расширение вен, послеродовой период, травматические повреждения; прием гормональных контрацептивов, эритремия, системная красная волчанка, генетические патологии (дефицит антитромбина III, протеинов C и S и т.д.).
- При ОА, особенно осложненном, рекомендовано выполнить неотложную аппендэктомию (АЭ) [67].
- Рекомендовано при осложненном ОА проведение АЭ как можно раньше от момента установки диагноза для снижения риска развития перфорации и абсцесса, при неосложненном ОА возможна отсрочка хирургического лечения на 12-24 часа при условии нахождения пациента в стационаре под наблюдением лечащего врача [67].
- В качестве метода первого выбора АЭ рекомендована лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ), т.к. ЛАЭ в сравнении с открытой АЭ дает лучшие косметические результаты, уменьшает срок госпитализации пациента, уменьшает количество осложнений, включая внутрибрюшные абсцессы и кишечную непроходимость [67].
- ЛАЭ не рекомендована как метод первого выбора при хирургическом лечении беременных пациенток [67].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2а)

- При выявлении катарального аппендицита рекомендовано выполнить ревизию органов брюшной полости (80— 100 см подвздошной кишки, корень брыжейки) и органов малого таза для выявления исключения другого первичного воспалительного процесса.
- При выявлении периаппендикулярного абсцесса на дооперационном этапе без признаков перитонита рекомендовано выполнить перкутанное вмешательство (пункцию или дренирование) под ультразвуковым или КТ-наведением.
- Рекомендовано при перфорации ЧО дополнить аппендэктомию дренированием брюшной полости и антибиотикотерапией в послеоперационном периоде .
Рекомендовано при выявлении светлого прозрачного выпота в брюшной полости при неосложненных формах ОА выполнить эвакуацию и посев. Дренирование и назначение антибиотикотерапии в данном случае не требуется.
- При местном гнойном перитоните (до двух анатомических областей) рекомендуется выполнить эвакуацию экссудата и дренирование брюшной полости (посев выпота) .
- Рутинное промывание брюшной полости физиологическим раствором или антисептиками не рекомендуется из-за повышения риска развития внутрибрюшных абсцессов .
- Не рекомендуется конверсия во время ЛАЭ при выявлении гнойного выпота, занимающего более двух анатомических областей [68].

- При распространенном и диффузном перитоните, осложненном выраженным парезом ЖКТ, компартмент-синдромом, тяжелым сепсисом или септическим шоком, рекомендуется выполнение широкого лапаротомного доступа и соответствующей программы послеоперационного ведения в отделении реанимации и интенсивной терапии .
- При неосложненном ОА проведение послеоперационной антибактериальной терапии не рекомендовано [67].
-
- Всем пациентам с осложненным ОА рекомендовано проведение послеоперационной антибактериальной терапии [67].

IV. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.

- Рекомендовано в течении месяца после завершения лечения повышенное потребление овощей и фруктов и исключение из потребления стимуляторов повышенной секреции желудка и поджелудочной железы (экстрактивные вещества, продукты, богатые эфирными маслами), тугоплавких жиров, жареных блюд, продуктов, богатых холестерином, пуринами.
- Рекомендовано ограничение физической активности в течении 3 недель после завершения хирургического лечения.

Профилактика

- Рекомендовано всем пациентам после разрешения аппендикулярного инфильтрата с целью онкологической настороженности выполнить колоноскопию.
- Рекомендован осмотр врачом-хирургом через 6 месяцев после разрешения аппендикулярного инфильтрата.
- Рекомендовано выполнить интервальную аппендэктомия при рецидиве ОА, либо при наличии у пациента жалоб, свидетельствующих о снижении качества жизни.

V. Дополнительные методы диагностики, лечения:

| Методы | Наименование, кратность | Нормативный документ |
|--|--|---|
| Физиотерапевтические методы | Не показаны | |
| Клиническая лабораторная диагностика | Не требуется | |
| Цитологические, гистологические методы диагностики | гистологическое исследование препарата червеобразного отростка | Клинические рекомендации «Острый аппендицит у взрослых» |
| Иглорефлексотерапия | Не показано | |
| Гирудотерапия | Не показано | |
| Экстракорпоральные методы | Не показано | |
| Методы традиционной китайской медицины | Не показаны | |
| Методы остеопатии | Не показаны | |

VI. Порядок информирования и передачи информации в Роспотребнадзор в случае инфекционной патологии: **порядок информирования не требуется**

VII. Показания для госпитализации.

Подозрение на острый аппендицит является показанием для госпитализации пациента.

VIII. Критерии оценки качества медицинской помощи

| № п/п | Критерии качества | Уровень достоверности доказательств | Уровень убедительности рекомендаций |
|-------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. | Выполнен осмотр врачом-хирургом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | 4 | D |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | 4 | D |
| 3. | Проведена профилактика инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами действия за 30 мин до хирургического вмешательства (при отсутствии медицинских противопоказаний) | 4 | D |
| 4. | Выполнено хирургическое вмешательство не позднее 2 часов от момента установления диагноза | 1 | A |
| 5. | Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата червеобразного отростка | 4 | D |
| 6. | Выполнено бактериологическое исследование экссудата из брюшной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам | 4 | D |
| 7. | Отсутствие повторных хирургических вмешательств | 4 | D |
| 8. | Отсутствие гнойно-септических осложнений | 4 | D |
| 9. | Отсутствие тромбоэмболических осложнений | 4 | D |

| К (частота предоставления) | Критерии качества | Выполнение | Уровень достоверности и доказательств | Уровень убедительности рекомендации |
|----------------------------|-------------------|------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
|----------------------------|-------------------|------------|---------------------------------------|-------------------------------------|

| | | | в (при наличии) | й (при наличии) |
|-------|---|--|--------------------|--------------------|
| К 1 | Диагностика: Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический Термометрия общая Визуальный осмотр общетерапевтический Пальпация общетерапевтическая Перкуссия общетерапевтическая Исследование пульса Измерение частоты сердцебиения Измерение артериального давления на периферических артериях Измерение частоты дыхания Лечение в расчете 30 мин: Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический Исследование пульса Измерение частоты сердцебиения Измерение артериального давления на периферических артериях Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации) | 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | | |
| К 0.9 | | | | |
| К 0.8 | | | | |
| К 0.7 | | | | |
| К 0.6 | | | | |
| К 0.5 | | | | |

IX. Регламентирующие документы:

| Нозологическая форма (наименование) | | | |
|---|---|---|--|
| Мероприятия | Стандарт (номер, наименование, дата) | Клинические протоколы (наименован ие, кем разработан, номер, дата) | Другое (национал ьные клиническ ие руководст ва) |
| Диагностика | | | |
| 1. Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Термометрия общая Визуальный осмотр общетерапевтический Пальпация общетерапевтическая Перкуссия общетерапевтическая Исследование пульса Измерение частоты сердцебиения Измерение артериального давления на периферических артериях Измерение частоты дыхания | ПРИКАЗ от 4 сентября 2006 г. N 636 ОБ УТВЕРЖДЕНИ И СТАНДАРТА МЕДИЦИНСКО Й ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТ ОМ | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| Лечение | | | |
| 1. Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический Исследование пульса Измерение частоты сердцебиения Измерение артериального давления на периферических артериях Транспортировка пациента службой скорой медицинской помощи вне медицинского учреждения (организации) | ПРИКАЗ от 4 сентября 2006 г. N 636 ОБ УТВЕРЖДЕНИ И СТАНДАРТА МЕДИЦИНСКО Й ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |

X. Информация для пациента (кратко о заболевании).

Острый аппендицит - это острое заболевание, при котором несвоевременное оказание медицинской помощи может привести к развитию тяжелых осложнений и даже летальному исходу.

Пациент должен знать, что при появлении острой боли в животе нельзя заниматься самолечением, а необходимо срочно обратиться за медицинской помощью в медицинскую организацию или вызвать скорую помощь.

XI. Алгоритмы действий врача (схема):

