

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население) с
острым аппендицитом при
оказании медицинской помощи в
стационарных условиях»

ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий Клинический протокол устанавливает общие требования к объемам медицинской помощи, оказываемой с целью диагностики и лечения в стационарных условиях пациентов (взрослое население) с острым аппендицитом (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) – К35).

2. Требования настоящего Клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

3. Для целей настоящего Клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1993 г., № 24, ст. 290; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 159, 2/1460).

4. Пациентам с острым аппендицитом показано экстренное оперативное лечение.

5. Пациентам с аппендикулярным инфильтратом, у которых отсутствуют признаки абсцедирования и перитонита, проводится консервативное лечение, включающее в себя:

антибактериальную терапию (цефалоспорины III - IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефепим) в комбинации с метронидазолом, или фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин) в комбинации с метронидазолом, или карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем, эртапенем, дорипенем), или другая схема антибактериальной терапии по заключению врачебного консилиума;

инфузионную терапию и физиотерапию по медицинским показаниям.

6. Операция при аппендикулярном инфильтрате выполняется при абсцедировании (желательно внебрюшинно), при перитоните или после рассасывания инфильтрата.

7. Оперативное лечение при установленном диагнозе острого аппендицита выполняется в первые 2 часа с момента поступления пациента в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения.

8. По заключению врачебного консилиума оперативное вмешательство при установленном диагнозе острого аппендицита может быть задержано для проведения предоперационной подготовки пациента или по другим причинам.

9. При неясном диагнозе выполняется диагностическая лапароскопия или проводится динамическое наблюдение за пациентом, длительность которого не должна превышать 6 часов с момента поступления пациента в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения.

10. Средняя длительность стационарного лечения составляет 6 - 7 календарных дней.

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

11. Обязательные диагностические мероприятия:

11.1. при поступлении в больничную организацию здравоохранения:

11.1.1. клинические: жалобы, анамнез, осмотр, общая термометрия, антропометрия, пальпация, аускультация, перкуссия живота, подсчет частоты сердечных сокращений, определение уровня артериального давления;

11.1.2. лабораторные:

общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, измерение скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ));

общий анализ мочи;

11.1.3. в сомнительных случаях:

лапароскопия;

ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства;

рентгенография или рентгеноскопия брюшной и грудной полостей;

ректальное исследование;

вагинальное исследование;

11.2. каждые 2 - 3 часа с момента поступления при динамическом наблюдении за пациентом для уточнения диагноза, но не более 6 часов с момента госпитализации:

повторное клиническое обследование;

общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, измерение СОЭ);

11.3. при выписке из больничной организации здравоохранения и по медицинским показаниям:

общий анализ крови: (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, СОЭ);

общий анализ мочи.

12. Дополнительные диагностические мероприятия (по медицинским показаниям):

электрокардиограмма;

определение групп крови по системам АВ0 и резус;

эзофагогастродуоденоскопия;

биохимическое исследование крови: определение уровней билирубина, мочевины, общего белка, аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, альфа-амилазы, электролитов (калий, кальций, натрий, хлор);

определение уровня глюкозы в крови;

бактериологическое исследование выпота брюшной полости на микрофлору и чувствительность к антибиотикам;

консультации смежных специалистов (врача акушер-гинеколога, врача-терапевта, врача-уролога и других).

ГЛАВА 3 ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

13. При отсутствии перитонита, тяжелых сопутствующих заболеваний и при местном перитоните специальной предоперационной подготовки, как правило, не требуется.

14. При распространенном перитоните предоперационная подготовка проводится в зависимости от длительности заболевания и стадии перитонита.

15. При наличии тяжелых сопутствующих заболеваний проводится предоперационная подготовка, направленная на компенсацию функций жизненно важных органов и систем.

16. В предоперационном периоде пациентам выполняется антибиотикопрофилактика: за 30 - 40 минут до операции или во время вводного наркоза внутривенно однократно вводится один из

цефалоспориновых антибиотиков III-IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефтриаксон, цефепим).

17. С целью профилактики тромбоэмболии легочной артерии по медицинским показаниям перед операцией и в послеоперационном периоде следует назначать антитромботическое средство (гепарин, дальтепарин, надропарин, эноксапарин).

ГЛАВА 4 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

18. Оперативные вмешательства при остром аппендиците выполняются под общей анестезией.

19. Аппендэктомия может выполняться как путем лапаротомии (инвагинационным), так и лапароскопическим (лигатурным или другим) способом.

20. При наличии распространенного перитонита показаны срединная лапаротомия, аппендэктомия, удаление экссудата, туалет и дренирование брюшной полости. Интубация и декомпрессия кишечника выполняется по медицинским показаниям.

21. Наличие плотного аппендикулярного инфильтрата, гнойной полости абсцесса, оставленные в брюшной полости некротизированные ткани, которые не представляется возможным удалить, ненадежный гемостаз являются медицинскими показаниями для постановки тампонов в брюшную полость.

ГЛАВА 5 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

22. В послеоперационном периоде назначаются:

22.1. анальгетики: наркотические; ненаркотические;

22.2. антибактериальная терапия:

22.2.1. при отсутствии перитонита и при местном перитоните – цефалоспорины III-IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефтриаксон, цефепим);

22.2.2. при распространенном перитоните:

эмпирическая: цефалоспорины III-IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефтриаксон, цефепим), или комбинированные защищенные цефалоспорины (цефоперазон/сульбактам), или фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин), или карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем, эртапенем, дорипенем), или другая схема антибактериальной терапии по заключению врачебного

консилиума;

целенаправленная антибиотикотерапия лекарственными средствами в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры, полученной при бактериологическом исследовании во время операции;

по медицинским показаниям – ванкомицин или линезолид, колистин.

Все антибиотики (за исключением карбапенемов) необходимо комбинировать с антианаэробными лекарственными средствами (метронидазол).

Курс антибактериальной терапии при распространенном перитоните дополняется антимикотической терапией (флуконазол).

23. Инфузионная терапия проводится по медицинским показаниям.

24. Физиотерапевтическое и симптоматическое лечение назначается по медицинским показаниям.