

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm01078&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

# Настанова 01078. Гострий апендицит

Автор: Jyrki Mäkelä  
Редактор оригінального тексту: Jukka Pekka Jousimaa  
Дата останнього оновлення: 2017-03-30

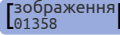
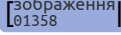
## Основні положення

- Діагноз апендициту в основному ставлять за клінічними ознаками.
- Запалення зазвичай розвивається протягом 1–2 днів.
- Якщо запалення розвинулося швидко, може бути недостатньо часу для того, щоб підвищився показник СРБ.
- У неясних випадках для підтвердження діагнозу застосовують комп'ютерну томографію (КТ).
- Основним методом лікування залишається видалення запаленого апендикса.

## Частота

- Апендицит найбільш часто виникає у віці від 10 до 30 років, але зустрічається в усіх вікових групах. Частота виникнення гострого апендициту знижується.
- Зазвичай, етіологічним чинником є звуження чи обструкція просвіту апендикса.
- Особливо важливо поставити правильний діагноз у дітей та осіб похилого віку.
- Апендектомія є одним з найбільш часто виконуваних невідкладних хірургічних втручань.

## Ознаки та симптоми

- У класичному випадку в анамнезі виявляють біль у верхній частині живота, а потім біль зміщується у правий нижній квадрант (ПНК) в точці Мак-Бурнея (малюнок  [McBurney's point and the...]).
- У пацієнта спостерігається підвищення температури тіла, часто нудота, блювання, пацієнт має явно хворобливий вигляд.
- Фізикальне обстеження виявляє болючість у правому нижньому квадранті при пальпації.
  - Болючість при раптовому припиненні натискання (симптом Блумберга) та біль при вистукуванні
  - Якщо є подразнення очеревини, відчувається напруженість м'язів черевної стінки («м'язовий захист») при пальпації.
- У випадку перфорації (розриву) апендикса перебіг захворювання ускладнюється або періапендикулярним абсцесом, що обмежується навколишніми тканинами, або перитонітом.
- На ранніх стадіях в очеревині відбувається лише локалізоване запалення, але за неспроможності організму обмежити це запалення розвинеться генералізований перитоніт.
  - Генералізований перитоніт характеризується більш виразним симптомом м'язового захисту, пригніченням перистальтики та погіршенням загального стану.
- Розташування апендикса може мати індивідуальні особливості (малюнок  [McBurney's point and the...]).
  - Протягом вагітності збільшена матка тисне на сліпу кишку, а з нею і на апендикс, та зміщає їх догори, внаслідок чого біль, спричинений запаленням апендикса, локалізується вище та латеральніше.
  - У пацієнта з ретроцекальним апендицитом біль локалізується вище та ближче до спини, ніж при класичній картині апендициту. Цей біль спричинений подразненням поперекового м'яза (musculus psoas), що знаходиться позаду сліпої кишки.
  - Запалення апендикса, що розташований ближче до порожнини тазу, спричиняє соматичний біль, що локалізується нижче точки Мак-Бурнея у верхньому відділі тазу. Цей біль може бути спровокований скороченням затульного м'яза (musculus obturator; згинання та внутрішня ротація у правому кульшовому суглобі).

## Встановлення діагнозу

- Діагноз типового апендициту ставлять на основі клінічної картини та підвищення маркерів запалення (СРБ та кількість лейкоцитів) [доказ 1B]. Висока концентрація СРБ вказує на ускладнений перебіг хвороби.
  - При швидкому прогресуванні апендициту показники маркерів запалення можуть не встигнути підвищитись.
  - Стійкий гастроентерит може призвести до набряку апендикса, і в таких випадках розвиток апендициту може бути затриманий, тобто статися через кілька днів після діареї.
  - Коли діагноз неточний, апендицит можна відносно надійно діагностувати за допомогою КТ органів черевної порожнини.
    - Може бути виявлено скупчення рідини у правому нижньому квадранті, що вказує на розрив апендиксу або на вже сформований абсцес.
- Ймовірність гострого апендициту можна оцінити за допомогою бальної системи [джерело R3]. Якщо оцінка ймовірності низька, можна безпечно виписати пацієнта з лікарні без подальших досліджень.
- Диференційна діагностика: див. таблицю [табл. T1].

Таблиця Т1. Диференційна діагностика апендициту

Диференційний діагноз	Клінічні ознаки
Гастроентерит (мезентеріальний лімфаденіт)	Симптоми кишкової інфекції, «інтактний» апендикс
Інфекція сечовивідних шляхів	Піурія та бактеріурія
Каміння в сечовивідних шляхах справа	Мікроскопічна гематурія та колікоподібний біль
Гінекологічні інфекції	Патологічні виділення та біль при гінекологічному обстеженні
Ектопічна (позаматкова) вагітність	Позитивний тест на вагітність, часто знижений гемоглобін та позитивний симптом Керра (гострий біль в плечі в лежачому положенні з піднятими нижніми кінцівками)
Причини з боку яєчників	Розрив кісти яєчника зазвичай викликає симптоми легкого ступеня, перекут викликає більш тяжкий біль
Дивертикуліт з перфорацією	Велика довжина сигмоподібного відділу ободової кишки, біль може відчуватись посередині або справа у нижній частині живота
Холецистит	Низько розташований жовчний міхур у пацієнта похилого віку

## Лікування

- Головний спосіб лікування гострого апендициту — хірургічний.
  - Якщо при комп'ютерно-томографічному дослідженні виявлено апендикулярний копроліт або скупчення рідини навколо апендикса, зазвичай хірургічне лікування є обов'язковим.
- Лапароскопічна апендектомія стає все популярнішою [доказ 01677 | A]; її переваги особливо помітні при лікуванні молодих жінок.
  - Лапароскопія полегшує диференційну діагностику в жінок.
- Хірургічне втручання виконують під прикриттям антибіотиків (з профілактичною метою), зазвичай 1 г метронідазолу внутрішньовенно [доказ 00209 | A].
- Неускладнений апендицит, підтверджений КТ, в умовах стаціонару можна лікувати протимікробними засобами достатньо широкого спектра (наприклад, піперацилін-тазобактам 4 г 3 рази на добу).
- Якщо апендицит проявляється лише легкими симптомами, застосування виключно антибіотиків може бути достатнім лікуванням.
- Ключовими моментами в лікуванні перитоніту є ревізія та лаваж очеревини; антимікробна терапія, спрямована проти патогенних мікроорганізмів, виділених при бактеріологічному дослідженні зразків; а також загальні підтримувальні заходи.
- У випадку, якщо періапендикулярний абсцес вже сформувався, проводять переважно консервативне лікування. Оперативне (лапароскопічне) лікування можливе на розсуд хірурга.
  - У цих випадках обирають антимікробний засіб широкого спектра, активний проти грам-негативних аеробних та анаеробних бактерій.
  - Якщо є показання, можна дрениувати абсцес під контролем ультразвуку або КТ.
  - Апендектомію після успішного консервативного лікування — інтервальну (відкладену) апендектомію — виконують лише після обміркування ситуації.

## Джерела інформації

R1. Ilves I, Paajanen HE, Herzig KH et al. Changing incidence of acute appendicitis and nonspecific abdominal pain between 1987 and 2007 in Finland. World J Surg 2011;35(4):731-8.

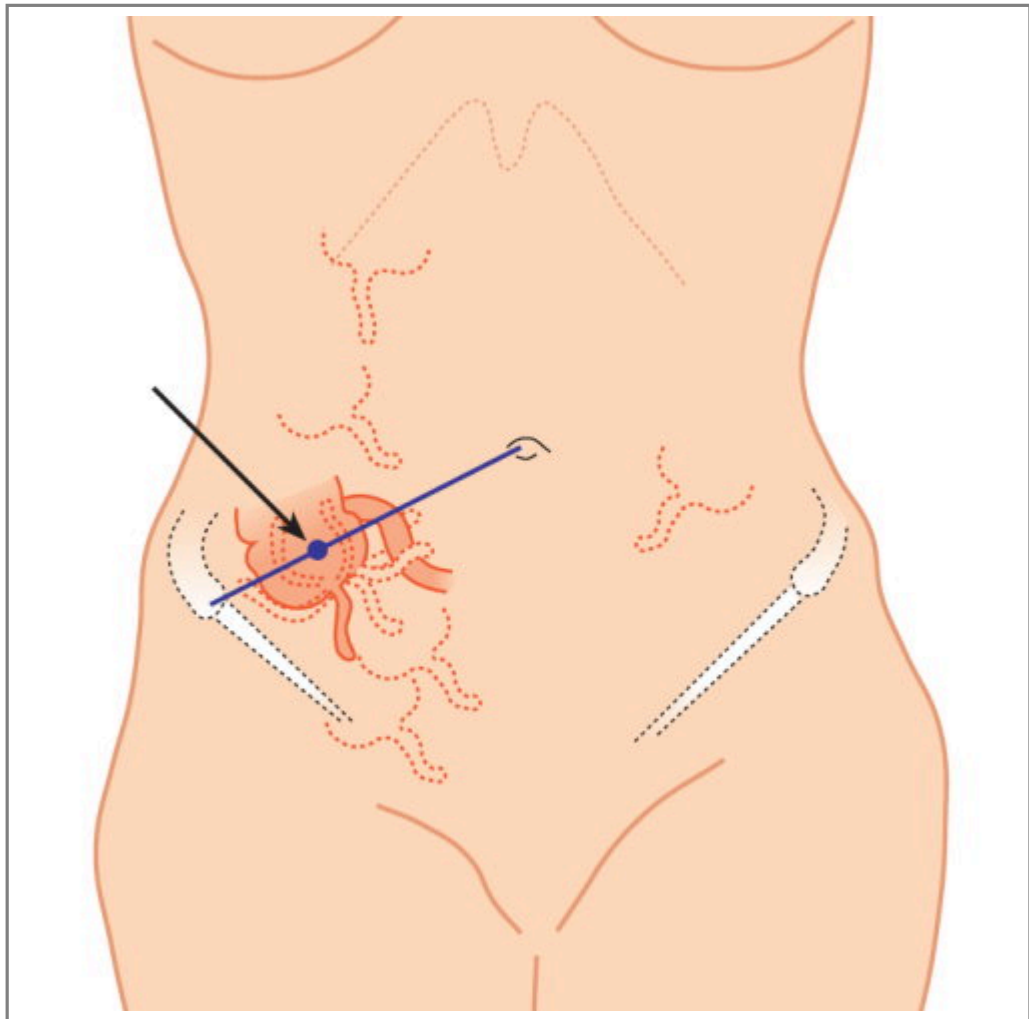
[PubMedID|21327601]

R2. Salminen P, Paajanen H, Rautio T et al. Antibiotic Therapy vs Appendectomy for Treatment of Uncomplicated Acute Appendicitis: The APPAC Randomized Clinical Trial. JAMA 2015;313(23):2340-8. [PubMedID|26080338]

R3. Sammalkorpi HE, Mentula P, Leppäniemi A. A new adult appendicitis score improves diagnostic accuracy of acute appendicitis--a prospective study. BMC Gastroenterol 2014;14():114. [PubMedID|24970111]

## Зображення

- [Зображення 01358](#). McBurney's point and the position of the appendix.



Автори та власники авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

## Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 00450](#). C-reactive protein in the diagnosis of acute appendicitis.  
Дата оновлення: 2003-08-04  
Рівень доказовості: B  
Резюме: CRP appears to be a test of medium accuracy and a little inferior to the total leukocyte count in the diagnosis of acute appendicitis.
- [Доказовий огляд 01677](#). Laparoscopic vs. open appendectomy.  
Дата оновлення: 2010-11-02  
Рівень доказовості: A  
Резюме: Provided that surgical expertise and equipment are adequate, diagnostic laparoscopy and laparoscopic appendectomy (either in combination or separately) result in various advantages over open appendectomy.
- [Доказовий огляд 00209](#). Antibiotics for prevention of postoperative infection after appendectomy.  
Дата оновлення: 2006-10-27  
Рівень доказовості: A  
Резюме: Prophylactic antibiotics decrease the rate of wound infections and intra-abdominal abscesses in patients with surgically treated appendicitis.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

---

Ідентифікатор: ebm01078    Ключ сортування: 008.011    Тип: EBM Guidelines

---

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-03-30

---

Автор(и): Jyrki Mäkelä    Редактор(и): Jukka Pekka Jousimaa  
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian LampeMaarit Green    Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd  
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

---

Навігаційні категорії  
EBM Guidelines    Gastroenterology

---

Ключові слова індексу  
speciality: Gastroenterology    Appendicitis    Acute appendicitis    Appendix    Vermiform appendix    Appendix vermiformis  
McBurney's point    Appendectomy    Appendectomy    Retrocaecal appendicitis    Retrocaecal appendicitis    Abscess    CRP  
Défence    guarding    Fever    Muscle tension    Metronidazole    Antimicrobial prophylaxis    Vomiting    Nausea  
Periappendicular abscess    Peritonitis    icd-10: K35    icpc-2: D88