

Одобрен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «14» марта 2019 года
Протокол №58

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1 Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	Название
K81.0	Острый холецистит.
K81.1	Хронический холецистит
K81.8	Другие формы холецистита
K81.9	Холецистит неуточненный
K80.1	Камни желчного пузыря с другим холециститом

1.2 Дата разработки/пересмотра протокола: 2013 год (пересмотр 2018 г.)

1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

КТ	–	компьютерная томография
ЖП	–	желчный пузырь
МРТ	–	магнитно-резонансная томография
УЗИ	–	ультразвуковое исследование
ХХ	–	хронический холецистит
ИФА	–	иммуноферментный анализ
НПВС	–	нестероидные противовоспалительные средства
ЭРХПГ	–	эндоскопическая ретроградная холангиография

1.4 Пользователи протокола: врач-гастроэнтерологи, терапевты, врачи общей практики, хирурги.

1.5 Категория пациентов: взрослые.

1.6 Шкала уровня доказательности:

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
В	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким

	риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая клиническая практика.

1.7 Определение:

Хронический холецистит – хроническое рецидивирующее заболевание желчного пузыря, характеризующееся нарушением его моторно-эвакуаторной функции, изменением физико-химических свойств желчи и достаточно частым образованием внутрипузырных конкрементов, что клинически наиболее часто проявляется желчной коликой [1]

1.8 Классификация:

Общепринятой классификации хронического холецистита нет. Наиболее полной является классификация Я. С. Циммермана.

По этиологии и патогенезу

- бактериальный
- вирусный
- паразитарный
- немикробный («асептический», иммуногенный)
- аллергический
- «ферментативный»
- невыясненной этиологии

По клиническим формам:

- хронический бескаменный холецистит
- с преобладанием воспалительного процесса
- с преобладанием дискинетических явлений
- хронический калькулезный холецистит

По типу дискинезий:

- нарушение сократительной функции желчного пузыря: – Гиперкинез желчного пузыря – Гипокинез желчного пузыря – без изменения его тонуса (нормотония), с понижением тонуса (гипотония)

- нарушение тонуса сфинктерного аппарата желчевыводящих путей: – Гипертонус сфинктера Одди – Гипертонус сфинктера Люткенса – Гипертонус обоих сфинктеров

По характеру течения:

- редко рецидивирующий (благоприятного течения)
- часто рецидивирующий (упорного течения)
- постоянного (монотонного) течения
- маскировочный (атипичного течения)

По фазам заболевания:

- фаза обострения (декомпенсация)
- фаза затухающего обострения (субкомпенсация)
- фаза ремиссии (компенсация - стойкая, нестойкая)

Степени тяжести:

- легкая
- средней тяжести.
- тяжелая.

Основные клинические синдромы:

- болевой
- дисептический
- вегетативной дистонии
- правосторонний реактивный (ирритативный)
- предменструального напряжения
- солярный
- кардиалгический (холецисто-кардиальный)
- невротически-неврозоподобный
- аллергический

Клиническая классификация

По течению:

- бессимптомная (латентная)
- первично хронический холецистит
- желчная колика
- хронический рецидивирующий холецистит

По количеству камней:

- одиночный
- множественные

По локализации:

- желчный пузырь
- общий желчный проток
- печеночные протоки

По составу:

- холестериновые
- пигментные (билирубиновые и смешанные) [13]

Клинические варианты проявления хронического калькулезного холецистита:

Торпидная форма:

- отсутствие болевых приступов желчной колики, тупые, ноющие боли в правом подреберье, диспептические явления;
- редкие (1 раз в несколько лет) и быстро купирующиеся болевые приступы, длительные периоды ремиссии, отсутствие жалоб между приступами.

Болевая приступообразная форма:

- нечастые (1–3 раза в год), непродолжительные (не более 30–40 мин), легко купируемые болевые приступы. Отмечаются постоянные, умеренные боли и диспептические явления в межприступном периоде;
- частые (1–2 раза в месяц), быстро купирующиеся, частые, продолжительные, трудно купирующиеся приступы, которые сопровождаются вегетативными реакциями. В межприступном периоде сохраняются боли в правом подреберье и диспептические расстройства;
- частые, продолжительные, длящиеся часами болевые приступы, с короткими периодами ремиссии, сопровождаются ознобом, лихорадкой, желтухой.

Осложнения при ХХ [2-5]

- отключенный (не функционирующий) желчный пузырь, формируется как следствие длительной обструкции желчного пузыря (отек, скопление слизи, спазм пузырного протока).
 - перихоледохеальный лимфаденит.
 - перфорация.
 - пенетрация с образованием свища в соседние органы (ДПК, печеночный изгиб толстой кишки).
 - перихолецистит;
 - сморщенный желчный пузырь;
 - водянка желчного пузыря;
 - холедохолитиаз, механическая желтуха;
 - холангит;
 - папиллит, стеноз большого дуоденального сосочка;
 - билиарный панкреатит;
 - билиарный гепатит, цирроз печени;
 - острый холецистит:
- эмпиема желчного пузыря;

- околопузырный инфильтрат;
- околопузырный абсцесс;
- перфорация желчного пузыря, перитонит.
- холангит
- механическая желтуха
- стриктуры желчных протоков и сфинктера Одди
- синдром Мириizzi
- холангиогенные абсцессы непроходимость кишечника, обусловленная желчным камнем билиарный панкреатит

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ**

Диагностические критерии:

- жалобы и анамнез (характер возникновения и проявления болевого синдрома);

Таблица №1	Жалобы и анамнез.
<p>Диагностика ХХ основывается на тщательно собранном анализе с выяснением структуры болевого синдрома, характерного сочетания диспепсических и невротических жалоб. Для ХХ характерно непереносимость жирной, жареной, острой пищи, яиц, газированных напитков, алкоголя. [6]</p>	
<p>Боль</p>	<p>1. Периодическая разной продолжительности или постоянная тупая, ноющая, неинтенсивная, чувство тяжести, дискомфорта в правом подреберье, не связанные с приемом пищи;</p> <p>2) боль и ощущение дискомфорта в правом подреберье, различной интенсивности и продолжительности, связанные с приемом пищи;</p> <p>3) приступ желчной колики:</p> <ul style="list-style-type: none"> - острая, интенсивная, нетерпимая, жгучая, распирающая, сжимающая, схваткообразная боль в эпигастрии и правом подреберье, заставляющая больного метаться в кровати, продолжительностью от 15 мин до 5 ч, достигая максимума в течение 20–30 мин; - иррадирует в правое плечо, надплечье, правую половину шеи, правую лопатку, спину, правую половину грудной клетки, иногда носит опоясывающий характер; - появляется внезапно, поздно вечером или ночью, после погрешности в диете, физического и эмоционального напряжения, у женщин часто связана с менструальным циклом; - вначале при движении больного интенсивность боли не меняется, но если приступ не купируется в течение 10–12 ч, развивается острое воспаление стенки желчного

	пузыря, клиника острого холецистита, боль приобретает постоянный характер, усиливается при изменении положения тела; - боли рецидивируют.
Лихорадка	с повышением температуры тела не выше 38 °С, носит нервно-рефлекторный характер, после окончания приступа нормализуется, сопровождается ознобом, холодным липким потом. Сохранение температуры выше 38 °С свидетельствует о развитии осложнений.
Рвота.	Обильная, не приносящая облегчения, вначале пищевой, затем содержимым с примесью желчи, сопровождается тошнотой.
Желтуха.	Иктеричность склер, кратковременное обесцвечивание кала, потемнение, пенистость мочи, упорный кожный зуд, лишающий больного сна, на коже расчесы. Обусловлена нарушением проходимости общего желчного протока: конкремент, папиллит, стеноз большого дуоденального сосочка (БДС), сдавление увеличенной отечной головкой поджелудочной железы.
Диспептические явления	часто предшествуют развитию приступа и сохраняются в межприступный период: - постоянное или периодическое ощущение горечи во рту; - тошнота; - изжога; - постоянное или периодическое ощущение сухости во рту; - отрыжка воздухом или пищей; - снижение аппетита; - неустойчивый стул со склонностью к запорам; - неустойчивый стул.

- физикальное обследование:

Таблица №2		Физикальное обследование.	
Объективно	во время желчной колики пациент нередко беспокоен, напряжен, старается выбрать положение тела, при котором интенсивность боли минимальна;		
Пальпаторно (болезненность в правом подреберье.)	Точка Маккензи	место пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с правой реберной дугой	
	Точка Боаса	на задней поверхности грудной клетки по паравертебральной линии справа на уровне X-XI грудного позвонка	

	Точка Мюсси	правая надключичная область между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы
	Точка Бергмана	место выхода глазничного нерва под правой орбитой.
	Точка Ионаша	располагается в месте прикрепления правой трапецевидной мышцы, где проходит затылочный нерв. [6]
	Точка Харитонова	межлопаточную точку находят между медиальным краем правой лопатки и позвоночником на уровне середины лопатки. [6]
Симптомы	Мерфи	болезненность при пальпации в правом подреберье на вдохе;
	Кера	боль в правом подреберье во время глубокого вдоха;
	Алиева	появление наряду с локальной болезненностью при пальпации в точках Боаса или Маккензи иррадирующей боли по направлению к желчному пузырю;
	Айзенберга I	удар ребром ладони ниже угла правой лопатки вызывает умеренную локальную боль и «пронизывающую» – в области желчного пузыря;
	Симптом Щеткина-Блюмберга	резкое усиление боли в животе при быстром снятии пальпирующей руки с передней брюшной стенки после надавливания.
Перкуссия	позволяет выявить у некоторых больных участки гиперестезии и локальной болезненности, чаще в правой половине живота.	

Дополнение к таблице:

- иногда может определяться и симптом локальной мышечной защиты;
- у лиц пожилого возраста в случае выраженной боли могут наблюдаться гемодинамические нарушения: цианоз, падение АД, нарушения сердечного ритма;
- иногда выявляется субиктеричность склер, мягкого неба и кожных покровов;
- при закупорке камнем общего желчного протока или его ущемлении в ампуле большого дуоденального сосочка развивается механическая желтуха (кожный зуд, моча «цвета пива», ахоличный кал);

- возможно повышение температуры, слабый или умеренный озноб.
- лабораторные исследования:

Таблица №2. Лабораторная диагностика.	
Общий анализ крови	при обострении наблюдаются лейкоцитоз с нейтрофилезом, сдвиг лейкоформулы влево, увеличение СОЭ;
Общий анализ мочи	чаще всего в норме, можно выявить положительную реакцию на билирубин (при осложнении хронического холецистита обтурационной желтухой);
Биохимические показатели	гипербилирубинемия, преимущественно за счет конъюгированной фракции, гиперхолестеринемия, повышение других маркеров холестаза. Может наблюдаться кратковременное и незначительное повышение трансаминаз в крови, повышение активности щелочной фосфатазы, гипопротейнемия и диспротеинемия.
Коагулограмма	может отмечаться увеличение протромбинового и тромбинового времени
ИФА	на выявление гельминтов: описторхоз, лямблиоз, токсакароз, аскаридоз;
Кал на я/г	трижды
Копрологическое исследование.	Кал ахоличный.

- инструментальные исследования:

Таблица № 3 Инструментальные исследования.	
УЗИ	основной метод инструментального исследования при заболеваниях желчного пузыря, доступный и очень информативный. Он выявляет утолщение стенки желчного пузыря (при обострении процесса – более 3 мм), увеличение его объема, в просвете пузыря — густой секрет, конкременты. Иногда выявляют сморщенный, уменьшенный в размерах желчный пузырь, заполненный конкрементами и практически не содержащий желчи;

КТ и МРТ	информативные, но достаточно дорогие методы исследования. Они позволяют выявить расширение желчных протоков, увеличение забрюшинных лимфатических узлов, заболевания головки поджелудочной железы и печени; КТ не позволяет с достаточной достоверностью судить о наличии камней в желчных путях, несодержащих достаточное количество кальция и непоглощающих рентгеновские лучи.
Обзорная рентгенография	правого подреберья как метод диагностики ЖКБ не имеет в настоящее время самостоятельного значения. Она позволяет выявить лишь рентгенпозитивные конкременты (чаще всего известковые).
Эндоскопическая ретроградная холангиография	применяется для оценки состояния желчных протоков, наличия в них конкрементов. Исследование выполняется при обнаружении в желчном пузыре мелких конкрементов в сочетании с расширением диаметра общего желчного протока и повышением содержания билирубина в крови. При наличии камней в общем желчном протоке можно выполнить эндоскопическую папиллосфинктеротомию и удаление камней
Радиоизотопное сканирование HIDA (гепатобилиарное) с помощью KINAVAC (ССК-холецистокинин)	Позволяет установить признаки дискинезии («акалькулезной холецистопатии»), особенно при введении ХЦК с целью оценки опорожнения ЖП.[14] Рассчитывается процент, который опустошает желчный пузырь (фракция выброса-ЕF). EF ниже 35% считается ненормальным и указывает на акалькулезный

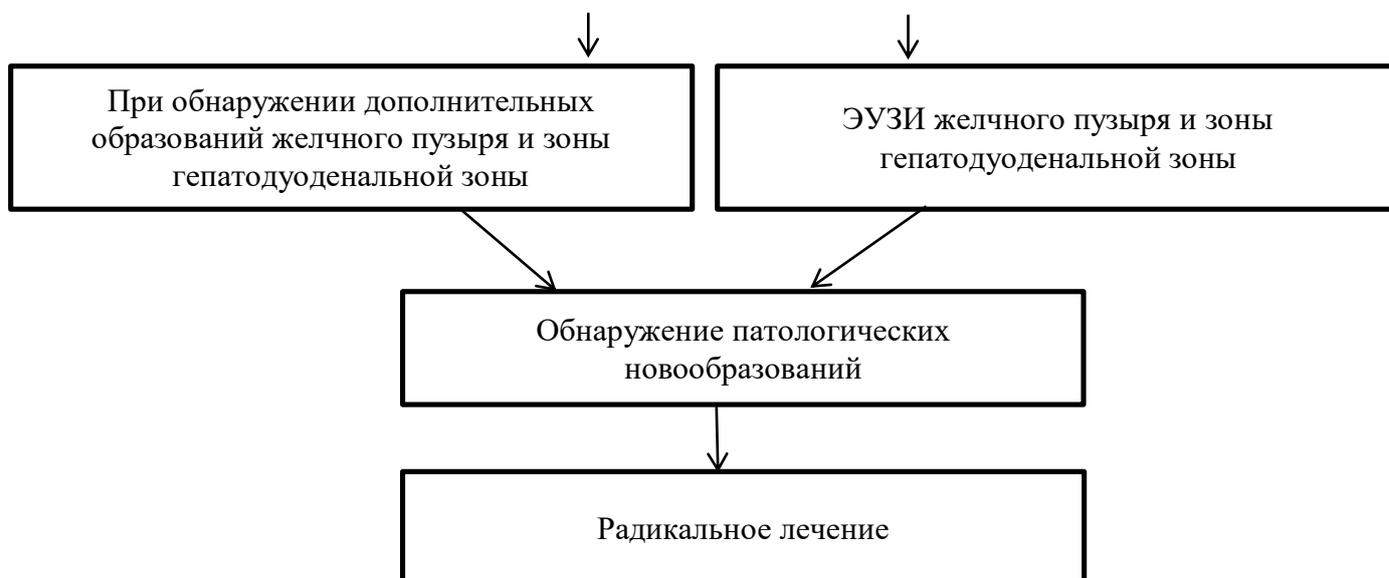
	хронический холецистит. [7]
Магниторезонансную холангиопанкреатографию (MRCP),	Если УЗИ не обнаружил общих камней желчных протоков. [8]
Рассматривайте эндоскопическое ультразвуковое исследование (EUS)	Если MRCP не позволяет сделать диагноз. [8]

- показания для консультации специалистов:

Таблица №4 Консультация специалистов.	
Хирург	правого подреберья как метод диагностики ЖКБ не имеет в настоящее время самостоятельного значения. Она позволяет выявить лишь рентгенпозитивные конкременты (чаще всего известковые).
Онколог	при выявлении образования желчного пузыря и желчевыводящих путей;
Психотерапевт	при наличии симптомов психопатии, лабильности характера, синдрома психо-эмоционального перенапряжения.

2.1 Диагностический алгоритм: (схема) [15]





2.2 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Хронический правосторонний пиелонефрит	При локализации болей по средней линии живота в параумбиликальной области.	- ОАМ - УЗИ ОБП	- Болевой синдром зачастую сопровождается повышением температуры и дизурическими явлениями. - В ОАМ: проявления мочевого синдрома в виде протеинурии, лейкоцитурии, бактерийурии, гематурии в различном сочетании.
Правосторонняя нижнедолевая плевропневмония	- При локализации болей в области правого подреберья	Рентген ОГК(при котором определяется инфильтрация легочной ткани в пределах доли легкого, признаки плеврита).	- характеризуется острым началом, которому могут предшествовать вирусные инфекции, переохлаждение. - легочные симптомы (боль в грудной клетке и правом подреберье, одышка, кашель) + признаки интоксикации: повышение температуры до 38-40 град., озноб, потливость, тахикардия).

			<p>При физикальном обследовании: Больные занимают вынужденное положение – лежат на пораженном боку, черты лица заострены, гиперемия щеки на стороне поражения, поверхностное шадящее дыхание, ноздри раздуваются при дыхании, диффузный цианоз, сухой кашель. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, при перкуссии легких - притупление на стороне поражения, при аускультации - различные дыхательные шумы, зависящие от стадии заболевания (крепитация, влажные хрипы, шум трения плевры,).</p>
<p>Острая кишечная непроходимость</p>	<p>Диспепсические явления (рвота, задержка стула и газов), схваткообразные боли, температура тела нормальная в начале, при осложнении перитонитом 38-40 С.</p>	<p>Рентгеноконтрастное исследование ОБП</p>	<p>Симптом раздражения брюшины выражен слабо, положительные симптом Валя (фиксированная и растянутая в виде баллона петля кишки), Кивуля (тимпанический звук с металлическим оттенком), Мондора (ригидность брюшной стенки), симптом «Обуховской больницы», «Гробовой тишины».</p> <p>Симптомы раздражения брюшины через 12 часов, при развитии перитонита. Рентгенологические признаки: Выявляются отдельные петли кишечника заполненные</p>

			жидкостью и газом, чаши Клойбера, дугообразно или вертикально расположенные петли тонкой кишки раздутые газом (симптом «органных труб»).
Острый холецистит	Боли в правом верхнем квадранте живота	УЗИ органов брюшной полости и/или билиосцинтиграфия с иминодиуксусной кислотой	Более продолжительная (более 6 ч) билиарная боль с появлением локальной болезненности, защитного напряжения мышц, лихорадки и/или лейкоцитоза.[9]
Язва двенадцатиперстной кишки	Боли в правом верхнем квадранте живота	Эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта.	Боль, возникающая через 2 ч после приема пищи, стихающая после приема пищи или антацидов [9]
Абсцесс печени	Боли в правом верхнем квадранте живота	Рентгенография грудной клетки (плевральные выпот справа). Компьютерная томография брюшной полости.	Боль, ассоциированная с лихорадкой и ознобом, пальпируемая печень, болезненность и напряжение мышц в правом подреберье.[9]
Панкреатит	Боли в эпигастрии	Имеет значение и повышенное содержание амилазы в крови или диастазы в моче	Более тяжелое общее состояние Опоясывающий характер боли Резкая болезненность в эпигастральной области и менее выраженная – в правом подреберье. [14]
Инфаркт миокарда	Боль/дискомфорт в правом верхнем	Электрокардиография.	Активность АсАТ ниже 150 Ед/л, активность

	квadrante живота или эпигастральной области.		АЛАТ может быть в норме.[9]
Острый аппендицит	Боли в правом подреберье.	Лапароскопия	При подпеченочном расположении червеобразного отростка
Рак желчных путей и поджелудочной железы	Болевой синдром, желтуха.	УЗИ, КТ, анализ крови на онкомаркеры	Быстрое развитие желтухи, связь ее с предшествующим болевым синдромом, наличие, желчных колик в анамнезе свидетельствуют о желчнокаменной болезни, тогда как относительно медленное и постепенное развитие желтухи дает основание заподозрить злокачественную опухоль.

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

Цели лечения:

- устранение болей и диспепсических расстройств;
- ликвидация воспалительных изменений желчного пузыря, позволяющая в ряде случаев предупредить возникновение осложнений;
- терапия осложнений, требующих хирургического лечения (проведение необходимой операции);
- предотвращение осложнений и реабилитация больных;
- повышение качества жизни.

3.1 Немедикаментозное лечение:

- Режим общий;
- диета №5,

3.2 Медикаментозное лечение:

- Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):

Лекарственная группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
----------------------	---	-------------------	-------------------------

Антибактериальные препараты при хроническом некалькулезном холецистите назначаются в случае бактериальной этиологии. Лечение антибактериальными средствами проводят в среднем не менее 8-10 дней.	Ампициллин	4-6 г/сут	А
	Цефазолин	2-4 г/сут	А
	Гентамицин	3-5 мг/кг/сут	А
	Клиндамицин	1,8-2,7 г/сут.	А
	Цефотаксим		А
	Кларитромицин	по 500 мг 2 раза в сутки	А
	Эритромицин	0,25 г 4-6 раз в сутки	А
	Ципрофлоксацин	500-750 мг 2 раза в сутки	А
Противомикробное средство	Метронидазол	500 мг х 2-3 раза в сутки	А
Противопротозойное средство	Орнидазол	500мг: при лямблиозе обычно назначают по 1,5г препарата 1 раз в день (Орнидазол желательно принимать вечером). Длительность курса лечения – 1-2 дня.	А
Миотропные спазмолитики. Антихолинергические средства:	Атропин	0,1% - 1 мл	А
	Метацин	0,1% - 1 мл.	А
	Мебеверина гидрохлорид	по 200 мг 2 раза в день в течение 2-4 недель;	А
	Гимекромона	по 200-400 мг 3 раза в сутки перед едой за 15-20 мин.;	А
	Гиасцина бутилбромид	2% — 2 мл внутримышечно, внутривенно	А

		капельно, затем в драже по 10 мг × 3 раза в день.	
--	--	---	--

- Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения).

Лекарственная группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Противорвотные средства	Метоклопрамид	2 мл × 2 раза внутримышечно или внутривенно;	А
	Домперидон	10 мг по 1 таблетке 2-3 раза в день, 7-14 дней	А
Холелитолитические средства перорально – в ряде случаев эффективны при холестазах	Урсодезоксиолевая кислота	по 8-15 мг/кг/сут в 2-3 приёма внутрь в течение длительного времени (до 2 лет).	С
НПВС – обезболивающий эффект при желчной колике [11]	Диклофенак	50-75мг внутримышечно	В
	Кетопрофен	200мг внутривенно	В
	Индометацин	50мг внутривенно или 2раза по 75мг в виде суппозиторий	В

Большинству больных ХНУФ (холелитиаз, связанный с низким уровнем фосфолипидов) профилактическая длительная терапия УДХК (15 мг/кг массы тела в день) с началом в юношеском возрасте с целью предупреждения появления или рецидивов камней и связанных с ними осложнений [11]

3.3 Хирургическое вмешательство: нет.

3.4 Дальнейшее введение: УЗИ органов брюшной полости через 3 месяца

3.5 Индикаторы эффективности лечения: устранение диспепсических расстройств, купирование болевого синдрома.

4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

4.1 Показания для плановой госпитализации:

- среднетяжелое течение;
- тяжелое течение заболевания;
- неэффективность амбулаторной терапии;

- частые обострения.

4.2 Показания к экстренной госпитализации: нет.

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:

5.1 карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента:

5.2 Немедикаментозное лечение: диета №5.

5.3 Медикаментозное лечение: смотрите подпункт 3.2

5.4 Хирургическое вмешательство: лапароскопическая холецистэктомия

Оперативное лечение: лапароскопическая холецистэктомия.

Показания:

- камни в желчном пузыре;
- острое и хроническое воспаление жёлчного пузыря;
- полипоз желчного пузыря.

Противопоказания:

- выраженные нарушения работы сердечно-сосудистой системы;
- нарушения свёртываемости крови;
- наличие диффузного перитонита, затрагивающего несколько органов брюшной полости;
- беременность второй и третий триместр;
- четвёртая степень ожирения;
- первые дни острой фазы холецистита;
- выраженная механическая желтуха;
- острая форма панкреатита,
- при диагностировании злокачественного новообразования желчного пузыря; билио - билиарные и билио-дигестивными свищи.

- Чрескожная холецистостомия при эмпиеме желчного пузыря [8]
показания: Эмпиема желчного пузыря.

- Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография [10]

показания: осложнённая желчекаменная болезнь при холангите.

- ЭРХПГ холедохолитиаза [11]

показания: Конкремент желчного протока

- Дренирование ложе желчного пузыря [12]

показания: деструктивные изменения желчного пузыря.

5.5 Дальнейшее ведение:

Реабилитация больных в хирургическом стационаре

– наблюдение за состоянием послеоперационной раны,

– диета: стол 5А-5Б-5, дробное питание с равными промежутками между приемами пищи – ранняя активизация больных (на следующий день после операции)

– комплекс лечебной физкультуры и дыхательной гимнастики возможно в более ранние сроки после вмешательства

– медикаментозное лечение: анальгетики, средства, усиливающие перистальтику кишечника, гепатотропные препараты, при необходимости – ферменты.

Перед выпиской из стационара необходим контроль общего анализа крови и мочи, биохимическое исследование крови (билирубин, АлТ, АсТ, глюкоза, амилаза), УЗИ органов брюшной полости.

Ведение больных на амбулаторном этапе

Первый осмотр больного, перенесшего инвазивную ХЭ, проводится терапевтом и хирургом поликлиники на первый-третий день после выписки из стационара, а затем – через одну и три недели от первого осмотра. Дальнейшее наблюдение осуществляет терапевт, осматривая пациента один раз в три месяца в течение первого года после операции.

В случае отклонения лабораторных показателей, полученных в отделении, от нормальных значений их целесообразно повторить через 2 недели амбулаторного наблюдения. Спустя месяц после операции, перед закрытием больничного листа общий анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови (билирубин, АлТ, АсТ, глюкоза, общий белок) назначаются всем больным. Указанные исследования повторяются через год после ХЭ. УЗИ в течение первого месяца после вмешательства проводится по показаниям (субфебрилитет, пальпируемый инфильтрат, неприятные субъективные ощущения в зоне операции и в проекции сопряженных органов и др.), а спустя шесть и двенадцать месяцев после операции назначается всем больным.

Для диагностики эрозивно-язвенного повреждения и инфицирования слизистой оболочки желудка пилорическим геликобактером через месяц после операции проводится фиброгастродуоденоскопия. Спустя шесть месяцев исследование повторяется по показаниям, а через год после ХЭ назначается всем больным.

5.6 Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- удовлетворительное самочувствие;
- снятие обострения заболевания;
- купирование болевого и диспептического синдромов;
- отсутствие осложнений;
- заживление операционной раны первичным натяжением;
- нормальные лабораторные показатели;
- удовлетворительные данные УЗИ.

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

6.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) Баймаханов Болатбек Бимендеевич – доктор медицинских наук,

профессор, Председатель правления по научно-клинической и инновационной деятельности АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова».

2) Исбамбетов Асхат Сагымбекович – заведующий многопрофильным отделением АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова».

3) Абдрашев Ерлан Байтуреевич - заведующий эндоскопическим отделением АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова».

4) Досханов Максат Оналбаевич – заведующий отделением гепатобилиарной хирургии и трансплантологии печени АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова».

5) Калиева Мира Маратовна – кандидат медицинских наук, клинический фармаколог АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова».

6.2 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

6.3 Рецензенты:

1) Медеубек Улугбек Шалхарович – доктор медицинских наук, профессор, заместитель Председателя правления по научно-клинической и инновационной деятельности АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова».

2) Абильдин Канат Мырзалимович – заведующий хирургическим отделением областной клинической больницы управления здравоохранения Костанайской области. член Международной ассоциации хирургов-гепатологов,

6.4 Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

6.5 Список использованной литературы:

1. Гастроэнтерология. Национальное руководство, 2008г.

2. Валенкевич Л.Н., Яхонтова О.И. Болезни органов пищеварения. – СПб., 2006г.

3. Визир В.А. , Приходько И.Б. Ультразвуковая диагностика: Руководство. – Винница, 2007г.

4. Внутренние болезни: Учебник д ред. Н.А.Мухина, В.С.Моисеева, А.И.Мартынова. – М. 2009. – Т.2.

5. Иванченкова Р.Л. Хронические заболевания желчевыводящих путей. – М., 2006г.

2) Клиническая гастроэнтерология. Я.С.Циммермана, 2009 год.

3) Mark W. Jones. , Troy Ferguson, 2018 год.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470236/>

4) <https://www.nice.org.uk/guidance/cg188/chapter/1-Recommendations>

- 5) http://www.gastro-j.ru/files/64_80_1467353806.pdf Желчнокаменная болезнь (2014 г.) NICE-ориентир CG188, рекомендация 1.3.2 (ключевой приоритет для реализации) и экспертный консенсус.
- 6) Королевский колледж хирургов (2013 г.) Руководство по вводу в эксплуатацию: болезнь желчного пузыря, раздел 1.2.
- 7) <https://www.nice.org.uk/guidance/qs104/chapter/Quality-statement-2-Urgent-endoscopic-retrograde-cholangiopancreatography-within-72-hours> Желчнокаменная болезнь (2014 г.) NICE-ориентир CG188, рекомендация 1.3.2 (ключевой приоритет для реализации) и экспертный консенсус.
- 8) Королевский колледж хирургов (2013 г.) Руководство по вводу в эксплуатацию: болезнь желчного пузыря, раздел 1.2.
- 9) JOURNAL OF HEPATOLOGY 2016 том 65 | 146–181 33 Клинические рекомендации Rosmorduc O, Poupon R. Low phospholipid associated cholelithiasis: association with mutation in the MDR3/ABCB4 gene. Orphanet J Rare Dis 2007;2:29. <https://docplayer.ru/69513848-Klinicheskie-rekomendacii-easl-po-profilaktike-diagnostike-i-lecheniyu-zhelchnokamennoy-bolezni.html>
- 10) Is a Drain Required after Laparoscopic Cholecystectomy? Eurasian J Med. 2013 Oct; 45(3): 181–184.
- 11) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4261420/#b13-eajm-45-3-181>
- 12) 12.1. . Гурусами К.С., Самрай К., Муллерат П., Дэвидсон Б.Р. Регулярный абдоминальный дренаж для неосложненной лапароскопической холецистэктомии. Cochrane Database Syst Rev. 2007; 3 : CD006004. [PubMed]
- 13) 12.2. Монсон Дж. Р., Гийло П. Дж., Кин Ф. Б., Таннер В. А., Бреннан Т. Г.. Холецистэктомия безопаснее без дренажа: результаты проспективного рандомизированного клинического исследования. Хирургия. 1991; 109 : 740-6. [PubMed]
- 14) В.Т. Ивашкин Гастроэнтерология национальное руководство 2008 г.
- 15) Профильная комиссия по специальности «Гастроэнтерология» Министерства здравоохранения Российской Федерации российская гастроэнтерологическая ассоциация желчнокаменная болезнь Клинические рекомендации по диагностике и лечению Москва - 2015 Академик РАН В.Т. Ивашкин, профессор Е.К. Баранская, доцент А.В. Охлобыстин, доцент Ю.О. Шутьпекова
- 16) Клинические рекомендации EASL по профилактике, диагностике и лечению желчнокаменной болезни.
- 17) <https://docplayer.ru/69513848-Klinicheskie-rekomendacii-easl-po-profilaktike-diagnostike-i-lecheniyu-zhelchnokamennoy-bolezni.html>