

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население) с
острым холециститом 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 холециститом (камни желчного пузыря с острым холециститом (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) – K80.0); острый холецистит – шифр по МКБ-10 – K81.0)).

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. К категории пациентов с острым холециститом следует относить всех пациентов с острыми воспалительными, гнойными и (или) некротическими изменениями стенки желчного пузыря, которые развились как впервые, так и на фоне хронического процесса.

5. Диагноз или обоснованное предположение о наличии острого холецистита служит основанием для госпитализации в хирургическое отделение больницы организации здравоохранения.

6. Средняя длительность стационарного лечения пациентов

составляет 10 - 14 календарных дней после оперативного лечения методом лапаротомии; 3 - 6 календарных дней после лапароскопической операции.

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

7. Обязательные диагностические мероприятия:

7.1. при поступлении в больничную организацию здравоохранения:

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

7.1.2. лабораторные:

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

определение групп крови по системам АВ0 и резус;

биохимическое исследование крови: определение уровней билирубина, мочевины, общего белка, аспаратаминотрансферазы (далее – АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), альфа-амилазы, электролитов (калий, кальций, натрий, хлор);

определение уровня глюкозы в крови;

общий анализ мочи;

определение уровня амилазы в моче;

7.1.3. инструментальные: электрокардиограмма;

7.1.4. в сомнительных случаях выполняется диагностическая лапароскопия;

7.2. в первые 12 часов с момента поступления в больничную организацию здравоохранения:

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) печени, желчного пузыря, желчевыводящих протоков, поджелудочной железы и почек;

эзофагогастродуоденоскопия с осмотром Фатерова соска (большого дуоденального сосочка);

7.3. в первые 24 - 48 часов с момента поступления в больничную организацию здравоохранения (затем – по медицинским показаниям): динамическое (повторное) УЗИ желчного пузыря, желчевыводящих протоков и поджелудочной железы;

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

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

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

общий анализ мочи.

8. Дополнительная диагностика (по медицинским показаниям):

коагулограмма: определение протромбинового индекса, активированного частичного тромбопластинового времени, тромбинового времени, фибриногена;

обзорная рентгенография или рентгеноскопия грудной клетки и брюшной полости;

ретроградная холангиопанкреатография;

ирригоскопия;

толстокишечная эндоскопия;

исследование крови на маркеры вирусного гепатита;

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

ГЛАВА 3

ТАКТИКА ВРАЧА-ХИРУРГА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

9. В первые часы с момента поступления в больничную организацию здравоохранения следует выделять две группы пациентов: 1-я группа – нуждающиеся в экстренной операции и 2-я группа – подлежащие консервативному лечению.

10. У пациентов 1-й группы (неотложный острый холецистит):

оперативные вмешательства выполняются в первые 2 часа с момента поступления в больничную организацию здравоохранения после предоперационной подготовки. По заключению врачебного консилиума длительность предоперационной подготовки может быть увеличена;

медицинские показания к операции – распространенный перитонит, прободение, гангрена желчного пузыря и другие;

операционная программа: ликвидация источника перитонита (как правило, холецистэктомия), декомпрессия желчевыводящих протоков при наличии желчной гипертензии, санация и дренирование брюшной полости. При непроходимости желчевыводящих протоков и выраженных воспалительных изменениях в зоне гепато-дуоденальной связки, а также при тяжелом состоянии пациентов операция может быть выполнена в минимальном объеме по жизненным показаниям (наружное дренирование желчных протоков выше уровня их непроходимости, санация и дренирование брюшной полости).

11. Пациентам 2-й группы проводится комплекс консервативных методов лечения:

блокады (по медицинским показаниям) с местными анестетиками (параумбиликальная, паранефральная);

введение спазмолитических лекарственных средств – папаверина гидрохлорида или дротаверина;

введение ненаркотических анальгетиков;

введение антибиотиков: цефалоспорины III - IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефепим);

инфузионная терапия: базисные инфузионные растворы солевые (0,9% раствор хлорида натрия и другие), 5% или 10% растворы декстрозы.

12. В зависимости от эффективности консервативного лечения, сроки которого не должны превышать 48 - 72 часов с момента поступления в больничную организацию здравоохранения, следует выделить пациентов с прогрессирующим и регрессирующим острым холециститом.

13. Алгоритм хирургического лечения пациентов с прогрессирующим острым холециститом (клинические, лабораторные и ультразвуковые критерии указывают на отсутствие эффекта от консервативного лечения):

при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний и других факторов, увеличивающих риск операции и наркоза, оперативное вмешательство выполняется, как правило, в полном объеме. Оптимальными сроками операции являются первые 24 - 48 часов с момента заболевания, когда процесс не приобрел распространенного характера. В эти сроки, при отсутствии медицинских противопоказаний, может быть выполнена лапароскопическая холецистэктомия;

при наличии у пациента факторов риска может быть выполнено декомпрессионное дренирование желчного пузыря под контролем лапароскопа или ультрасонографии. Радикальная операция после лапароскопической или ультразвуковой холецистостомии выполняется при отсутствии медицинских противопоказаний в «холодном» периоде через 2-3 недели. По медицинским показаниям может быть выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. При максимальной степени операционного риска декомпрессионное дренирование желчного пузыря может быть окончательным методом лечения данной патологии;

по заключению врачебного консилиума (врач-хирург, врач-анестезиолог-реаниматолог, врач-терапевт и другие) с обязательным участием представителя администрации больничной организации здравоохранения и сотрудника кафедры хирургии в клинической организации здравоохранения:

лечение продолжается консервативными методами (врачебный консилиум обязательно определяет длительность, характер и объем консервативной терапии);

выполняется операция по жизненным показаниям.

14. Алгоритм хирургического лечения пациентов с регрессирующим острым холециститом (после применения комплекса консервативных лечебных мероприятий получен положительный результат):

при неосложненном регрессирующем острым холецистите при отсутствии медицинских противопоказаний операция выполняется лапароскопическим или традиционным (открытым) способом;

оперативные вмешательства при осложненном регрессирующем острым холецистите выполняются методом лапаротомии или двухэтапно (лапароскопическая холецистэктомия после восстановления беспрепятственного транзита желчи по магистральным желчным протокам с помощью эндоскопических технологий).

ГЛАВА 4 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

15. Операции при острым холецистите проводятся в дневное время (за исключением пациентов с неотложным острым холециститом), при условии обеспечения холангиографии на операционном столе и при участии врача-хирурга, владеющего навыками выполнения данного вида операций.

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

17. 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).

18. Оперативные вмешательства выполняются под общей анестезией, как правило, из верхнего срединного доступа. По медицинским показаниям могут быть использованы доступы по Федорову и по Кохеру.

19. Операцией выбора является холецистэктомия «от шейки». При технических трудностях холецистэктомия может быть выполнена «от дна».

20. При оперативном лечении традиционным (открытым) способом обязательна ревизия желчных протоков (осмотр, пальпация, а также по медицинским показаниям зондирование, интраоперационная холангиография, холангиоскопия, внутривентральное УЗИ или другие

методы). При лапароскопической холецистэктомии интраоперационная холангиография выполняется по медицинским показаниям.

21. Наружное и внутреннее дренирование желчных путей проводится по медицинским показаниям (операции наружного дренирования желчных путей и различные виды билиодигестивных анастомозов не являются конкурирующими).

22. Дренирование брюшной полости после холецистэктомии целесообразно во всех случаях. По медицинским показаниям допустима установка тампонов в ложе желчного пузыря.

23. При выполнении оперативных вмешательств целесообразно использовать электрокоагуляцию (предпочтительны микропроцессорный электрохирургический генератор с набором инструментов для открытых и эндохирургических операций), ультразвуковой скальпель или генератор для электролигирования сосудов.

ГЛАВА 5 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ПОСЛЕОПРЕАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

24. В послеоперационном периоде назначаются:

24.1. антибактериальная терапия: цефалоспорины III - IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефепим) в комбинации с метронидазолом, или комбинированные защищенные цефалоспорины (цефоперазон/сульбактам) в комбинации с метронидазолом, или фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин) в комбинации с метронидазолом, или карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем, эртапенем, дорипенем);

24.2. анальгетики: наркотические, ненаркотические;

24.3. коррекция метаболических нарушений:

базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% раствор хлорида натрия и другие), 5% или 10% растворы декстрозы;

сбалансированные полиионные растворы;

по медицинским показаниям: аминокислоты для внутривенного введения; жировые эмульсии, препараты плазмы крови, плазмозамещающие препараты, компоненты крови (альбумин, декстран, гидроксипроксиэтилкрахмал, желатин, свежемороженая плазма, эритроцитарная масса).

25. Симптоматическое лечение назначается по медицинским показаниям.