

АО «Медицинский университет Астана»



Клинический протокол по нозологии «Острый холецистит»

- Специальность – 6М110100 «Медицина»
 - Магистрант: Калыбекова Г.А.

Острый холецистит у взрослых

Код по МКБ 10:

К80.0 камни желчного пузыря с острым холециститом

К81.0 острый холецистит

К82.0 закупорка желчного пузыря

К82.2 прободение желчного пузыря

Дата разработки протокола: 28.04.2013г.

Разработчик протокола:

Тургунов Ермек Мейрамович – доктор медицинских наук, профессор, хирург высшей квалификационной категории, заведующий кафедрой хирургических болезней №2 РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет» МЗ РК, независимый аккредитованный эксперт МЗ РК.

Рецензент: Альмамбетов Амирхан Галиханович - доктор медицинских наук, хирург высшей квалификационной категории, руководитель отдела хирургии № 2 АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи».

Немедикаментозное лечение: режим 1, диета 0, установка назогастрального зонда при рвоте или при полном желудке перед операцией.

14.2 Медикаментозное лечение:

Эмпирическая антибиотикотерапия при ОХ рекомендуется (**уровень доказательности - I, сила рекомендации - A**).

Рекомендуемый выбор антибиотиков при неосложненном ОХ (уровень доказательности - I, сила рекомендации - A):

Цефазолин 1 г в/в каждые 8 часов или Цефуросим 1,5 г в/в каждые 8 часов.

У пациентов с аллергией к β -лактамам антибиотикам – Фторхинолоны.

При осложненном ОХ, включая высокий риск анаэробной инфекции (**уровень доказательности I, сила рекомендации - A**):

Цефуросим 2 г в/в каждые 8 часов или Эртапенем 1 г в/в каждые 24 часа.

Ингибиторы бета-лактамаз:

Ампициллина натриевая соль, сульбактама натриевая соль 1,5-3 г в/в каждые 6 часов, при риске энтерококковой инфекции - комбинация с Гентамицином 240 мг в/в каждые 24 часа.

У пациентов с аллергией к β -лактамам антибиотикам - Фторхинолоны в комбинации с Метронидазолом 500 мг в/в каждые 6 часов.

Продолжительность терапии в послеоперационном периоде зависит от особенностей клинического течения. При осложненных случаях может быть пролонгирована до 5-7 суток. Переход на антибактериальную пероральную терапию возможен после восстановления функции ЖКТ (**уровень доказательности - I, сила рекомендации - A**).

Отсутствие лихорадки в течение 24 часов (температура тела $<38^{\circ}\text{C}$), способность перорального приема, нормальные показатели лейкоцитов в крови, при этом уровень палочкоядерных нейтрофилов - 3% или менее являются критериями для прекращения антибактериальной терапии (**уровень доказательности - II, сила рекомендации - A**).

Перечень основных лекарственных средств:

- Спазмолитические препараты
- Антибактериальные препараты (цефалоспорины II-III поколения)
- Нестероидные противовоспалительные препараты
- Кристаллоидные растворы для инфузии (солевые, 5% раствор глюкозы)

Перечень дополнительных лекарственных средств:

- Средства для наркоза
- Расходные материалы для проведения лапароскопической и (или) открытой холецистэктомии
- Набор для чрескожной пункции и дренирования желчного пузыря
- Антибактериальные препараты (ингибиторы бета-лактамаз, фторхинолоны, карбопенемы, аминогликозиды).
- Раствор новокаина 0,5%-1%
- Наркотические анальгетики
- Коллоидные плазмозаменяющие растворы
- Свежезамороженная плазма
- Компоненты крови

Другие виды лечения: проведение новокаиновой блокады круглой связки печени для купирования болевого синдрома при ОХ широко рекомендуется в советских и российских руководствах, в то же время отсутствуют данные доказательной медицины об эффективности данного метода.

Хирургическое вмешательство:

Общеприняты следующие понятия:

Ранняя холецистэктомия- в течение 72 часов с момента поступления

Отсроченная холецистэктомия- - инициация лечения с консервативной терапии, включая антимикробную с последующей ХЭ через 8-12 недель.

Стандартная открытая холецистэктомия- - с помощью верхней срединной лапаротомии или поперечной лапаротомии в правом подреберье с длиной разреза на коже более 6 см.

Минилапаротомная (МЛТ) холецистэктомия- - поперечная лапаротомия в правой подреберной области с длиной разреза на коже менее 6 см.

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) - использование 10 мм субкисфоидального и одного или двух 5 мм боковых троакаров для проведения холецистэктомии и 10 мм троакара для введения лапароскопической оптики.

Оптимальное время операции - **ранняя холецистэктомия** в течение 72 часов от момента поступления (**уровень доказательности - I, сила рекомендации - A**).

Объем операции - **открытая холецистэктомия** (лапаротомия или минилапаротомия) или лапароскопическая холецистэктомия (**уровень доказательности - I, сила рекомендации - A**).

В отдельных случаях как первый этап выполняется чрескожная пункционная холецистостомия или эндоскопическое дренирование ЖП.

МЛТ холецистэктомия безопасна и применима как экстренная процедура при остром холецистите имеет преимущества перед стандартной лапаротомной холецистэктомией в сроках выздоровления и косметичности (**уровень доказательности – I**).

ЛХЭ в сравнении с МЛТ холецистэктомией имеет большую продолжительность операции, но показывает несколько меньшую продолжительность послеоперационной госпитализации и более комфортное выздоровление (**уровень доказательности – I**).

Установление контрольного дренажа при технически простой и не осложненной холецистэктомии не рекомендуется (**уровень доказательности - I, сила рекомендации - A**).

Рекомендуется ли эмпирическая антибиотикотерапия при остром холецистите и каков уровень доказательности и сила рекомендации вашего ответа?

- а) нет (УД- I, СР- А).
- б) да (УД – II, СР-А)
- в) нет (УД – I, СР - В)
- г) да (УД – I, СР-А)
- д) да(УД- I, СР-В)

Благодарю за внимание!