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 Цефуроксим 1,5 г в/в каждые 8 часов.

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

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

Цефуроксим 2 г в/в каждые 8 часов или Эртапенем 1 г в/в каждые 24 часа. Ингибиторы бетта-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-лактамным 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°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 бетта-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) холецистэнтомия - поперечная лапаротомия в правой подреберной области с длиной разреза на коже менее 6 см.

Лапароскопическая холецистэнтомия (ЛХЭ) - использование 10 мм субксифоидального и одного или двух 5 мм боковых троакаров для проведения холецистэнтомии 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, CP-A)
- в) нет (УД I, CP B)
- г) да (УД I, CP-A)
- д) да(УД- І, СР-В)

Благодарю за внимание!