

Приложение  
к приказу № 180  
от «23» июня 2025 года  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН  
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ  
ИМЕНИ АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ  
ПО НОЗОЛОГИИ  
«ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ»**

**Ташкент – 2025**

**«УТВЕРЖДАЮ»**  
**Директор ГУ «РСНПМЦХ**  
**имени академика В. Вахидова»**  
**С.И. Исмаилов**



2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ  
ПО НОЗОЛОГИИ «ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ»**

**Ташкент – 2025**

## Содержание

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ».....	4
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.....	19
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.....	29

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ  
«ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ»**

**ТАШКЕНТ -2025**

**1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ. Камни желчного пузыря.**

**1) Код(ы) по МКБ-10 и МКБ-11 таб №1**

<b>МКБ-10 (K80)</b>		<b>МКБ-11 (DC11)</b>	
<b>Код</b>	<b>K80 Желчнокаменная болезнь [холелитиаз]</b>	<b>DC11 Желчнокаменная болезнь [холелитиаз]</b>	
<b>K80.0</b>	Камни желчного пузыря с острым холециститом	<b>DC11.0</b>	Камни желчного пузыря с острым холециститом
<b>K81.0</b>	Острый холецистит	<b>DC11.1</b>	Камни желчного пузыря или пузырного протока с другим холециститом
<b>K82.0</b>	Закупорка желчного пузыря	<b>DC11.2</b>	Камни желчного пузыря или пузырного протока с холангитом
<b>K82.2</b>	Прободение желчного пузыря	<b>DC11.3</b>	Камни желчного пузыря или пузырного протока без холецистита или холангита
<b>K80.4</b>	Камни желчного протока с холециститом	<b>DC11.4</b>	Камни желчного протока с холангитом
<b>K80.5</b>	Камни желчного протока без холангита или холецистит	<b>DC11.5</b>	Камни желчного протока с холециститом
<b>K80.8</b>	Другие формы холелитиаза	<b>DC11.6</b>	Камни ампулы фатерова сосочка
		<b>DC11.7</b>	Камни внутрипеченочных желчных протоков
		<b>DC11.Y</b>	Другая уточненная желчнокаменная болезнь [холелитиаз]
		<b>DC11.Z</b>	Желчнокаменная болезнь (холелитиаз), неуточненная
	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=10126">https://mkb-10.com/index.php?pid=10126</a>		<a href="https://mkb-11.com/index.php?id=DC11">https://mkb-11.com/index.php?id=DC11</a>

- Дата разработки и пересмотра протокола: 30 мая 2025г., дата пересмотра 2028г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки

к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

- Организация ответственная за разработку национальных клинических протоколов и стандартов: ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова»

### 3) Список основных авторов, дополнительного коллектива авторов:

<b>Руководитель рабочей группы</b>	<b>Исмаилов Сайдимурат Ибрагимович</b> Директор ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова», д.м.н., профессор
<b>Ответственные исполнители</b>	<b>Акбаров Миршавкат Миролимович</b> Руководитель отделения гепатобилиарной хирургии и трансплантация печени №1 ГУ «РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова», д.м.н., профессор.
	<b>Тўрақулов Ўқтам Нурмаатович</b> Заместитель главного врача ГУ «РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова», д.м.н.
	<b>Миролимов Миразиз Миржавхарович</b> Заведующий отделением гепатобилиарной хирургии и трансплантация печени №1 ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова».
	<b>Нишанов Мақсуд Шерматович</b> Старший научный сотрудник отделение гепатобилиарной хирургии и трансплантация печени №1 ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова». К.М.Н
	<b>Каменов Александр Августович</b> Врач-хирург отделение гепатобилиарной хирургии и трансплантация печени ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова».

### 4).Рецензенты:

<b>Рецензенты:</b>	<b>Попов Арсен Юрьевич</b> Заведующий отделением 1-хирургии в клинике НИИ Краевая клиническая больница № 1 имени профессора Очаповского, д.м.н.
	<b>Хакимов Мурод Шавкатович</b> Заведующий кафедрой факультетской и госпитальной хирургии Ташкентской медицинской академии, д.м.н., профессор

5) Обсуждение клинического протокола было проведено на заседании Ученого Совета ГУ «РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова» - протокол №3 от 15.03.25г.

**6) Сокращения, используемые в протоколе;**

АЛТ	–	аланинаминотрансфераза
ХКХ	-	Хронический калькулезный холецистит
АСТ	–	аспартатаминотрансфераза
МЖ	-	Механическая желтуха
АЧТВ	–	активированное частичное тромбопластиновое время
СОЭ	-	Скорость оседания эритроцитов
ВИЧ	–	вирус иммунодефицита человека
ЖКБ	–	желчнокаменная болезнь
ЖКТ	–	желудочно-кишечный тракт
ЖП	–	желчный пузырь
ИВЛ	–	искусственная вентиляция легких
КТ	–	компьютерная томография
ХДА		Холедоходуоденоанастомоз
ЛХЭ	—	лапароскопическая холецистэктомия
МЛТ	–	минилапаротомия
МРТ	–	магнитно-резонансная томография
МРХПГ (MRCP)	–	магнитно-резонансная холангиопанкреатография
КТ	-	Компьютерная томография
ОХ	–	острый холецистит
ЭРХПГ	-	Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
ЭФГДС	-	Эндоскопическая фиброгастроудоденоскопия
ХП	-	Хронический панкреатит
УД	–	уровень доказательности
УЗИ	–	ультразвуковое исследование
ХЭ	–	холецистэктомия
ЭКГ	–	электрокардиография

**7) Пользователи протокола по данной нозологии:**

врачи хирурги, анестезиологи, реаниматологи, визуальной диагностики, медицинские сёстры.

**8) Категория пациентов в данной нозологии: взрослые.**

## 9) Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.

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
С	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 фармацевтическая практика. <a href="https://www.bing.com">https://www.bing.com</a>

## 2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.

### Введение

**Желчнокаменная болезнь (ЖКБ)** – дистрофически-дисметаболическое заболевание гепатобилиарной системы, обусловленное нарушением обмена холестерина и/или билирубина и характеризующееся образованием конкрементов в желчных путях. При образовании камней в желчном пузыре говорят о «холецистолитиазе», в общем желчном протоке – о «холедохолитиазе», во внутривенных протоках – о «внутрипеченочном холелитиазе»

**Острый калькулезный холецистит** — острое воспаление желчного пузыря, содержащего конкременты. Распространенность. Острый калькулезный холецистит по частоте занимает второе место среди острых хирургических заболеваний органов живота. В 12-24 % случаев он осложняется холедохолитиазом, в 26—49 % механической желтухой, в 23—47 % — холангитом.

В развитии острого калькулезного холецистита ведущую роль играют проникновение в желчный пузырь инфекции и нарушение оттока желчи. Микробная флора (кишечная, синегнойная палочки, стафилококки, энтерококки) попадает в желчный пузырь восходящим (из двенадцатиперстной кишки) или нисходящим (из печени) путем, гематогенно или лимфогенно. Отток желчи нарушается при обтурации конкрементами шейки желчного пузыря или пузырного протока, холедоха, патологических процессах в периапулярной зоне. Развитию калькулезного холецистита способствуют изменения сосудов стенки желчного пузыря при атеросклерозе, повреждение его слизистой оболочки ферментами поджелудочной железы при панкреатобилиарном рефлюксе.

**Хронический калькулезный холецистит** – это воспалительное заболевание вызывающее поражение стенки желчного пузыря и моторно-тонические нарушения билиарной системы, сопровождающееся наличием желчных камней в полости желчного пузыря. ЖКХ является одним из проявлений желчнокаменной болезни

**Категория пациентов:** взрослые.

**Пользователи протокола:** врачи хирурги, анестезиологи, реаниматологи, визуальной диагностики, медицинские сёстры.

**Классификация [11,15]:**

<b>По этиологии:</b>	калькулезный, бескаменный, паразитарный
<b>По патогенезу:</b>	обтурационный, ферментативный, сосудистый
<b>Клинико-морфологические формы:</b>	катаральный (обструктивный или обтурационный), флегмонозный, гангренозный, перфоративный (деструктивный).
<b>По клиническому</b>	легкое, среднетяжелое, тяжелое

течению:	
----------	--

### Клинико-морфологическая классификация:

Неосложненный (калькулезный, бескаменный)	катаральный, флегмонозный, гангренозный холецистит
Осложненный холецистит	перфорация ЖП, околопузырный инфильтрат, абсцесс, перитонит, механическая желтуха, холагнит, наружный или внутренний желчный свищ, острый панкреатит.

*Данная классификация удобна для формирования клинического диагноза.*

### Классификация по степени тяжести ОХ [11]:

Легкая степень (Mild)	отсутствие критериев для более тяжелых форм, отсутствие органной дисфункции.
Средней тяжести (Moderate)	наличие хотя бы одного признака из: лейкоцитоз свыше $18 \cdot 10^9/\text{л}$ ; пальпируемый желчный пузырь; срок заболевания свыше 72 часов; наличие признаков местного воспалительного процесса, включая желчный перитонит; перивезикальный абсцесс; абсцесс печени; гангренозный или эмфизематозный холецистит.
Тяжелая (Severe)	наличие хотя бы одного признака органной дисфункции: - Сердечно-сосудистая система (гипотензия, требующая введения допамина в дозе 5 мг или более на кг веса в минуту или добутамина в любой дозировке); - Нервная система (нарушение сознания); - Респираторная система (отношение $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ ); - Почечная дисфункция (олигурия; уровень креатинина >176.8 мкмоль/л); - Печеночная дисфункция (протромбиновое время >1.5); - Гематологическая дисфункция (тромбоцитопения < $100 \cdot 10^9/\text{л}$ ). <a href="https://www.bing.com/ck">https://www.bing.com/ck</a>

### Патоморфологическая классификация [15]:

Отечная форма	2-4 суток, отек субсерозного слоя.
Некротическая форма	3-5 суток отек с участками кровоизлияний и некрозов, некроз не вовлекает все слои стенки ЖП.
Гнойная форма	7-10 суток, лейкоцитарная инфильтрация стенки ЖП с участками некроза и абсцедирования на всю толщину стенки, наличие перевезикального абсцесса.
Эмфизематозная форма	Эмфизема стенки ЖП на фоне инфекции, вызванной газообразующей анаэробной флорой. Наиболее часто выявляется у больных сахарным диабетом.
Хроническая форма	Атрофия слизистой и фиброз стенки. Возникает после нескольких рецидивирующих приступов ОХ.

### МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ [20,25]

Жалобы и анамнез:	<p><i>Боль в правом подреберье</i> - чаще интенсивная, продолжительностью более 30 минут. Может начинаться в эпигастрии или левом подреберье с последующей миграцией в правое подреберье. Возникновение болей наиболее часто связано с употреблением жирной пищи.</p> <p><i>Тошнота и рвота.</i></p> <p><i>Снижение аппетита.</i></p> <p>Наличие приступа печеночной колики в анамнезе - примерно у 50% больных, которые имели 1 эпизод, печеночная колика повторяется в течение года [25].</p> <p><b>При билиарной диспепсии:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- снижение аппетита;</li><li>- ощущение горечи и сухости во рту;</li><li>- тошнота утром или после приема определенного вида пищи, иногда рвота желчью, не приносящая облегчения;</li><li>- вздутие живота, неустойчивый стул со склонностью к запорам.</li></ul> <p><b>При умеренно выраженном абдоминальном болевом синдроме</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- тупая ноющая боль или чувство тяжести или давления в правом верхнем квадранте живота постоянного характера,</li></ul>
-------------------	---

	<p>усиливающиеся при глубоком вдохе, в положении на левом боку, уменьшающиеся в вынужденном положении – на правом боку с поджатыми к животу ногами.</p> <p><b>Приступ желчной колики</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- приступ возникает внезапно, на фоне полного благополучия, обычно вечером или ночью. Характеризуется резкой спастической болью, которую пациенты описывают как режущую, раздирающую или колющую. Интенсивность боли в течение нескольких минут нарастает до максимальной. Пациент мечется в постели, не может найти положения, которое облегчило бы страдание, стонет, кричит с гримасой боли на лице. Возможно развитие болевого шока. Иногда в течение приступа болезненные ощущения волнообразно меняются по интенсивности.</li> <li>- повышенной потливостью, тахикардией, тошнотой, необильной рвотой желчью, не приносящей облегчения, вздутием живота</li> <li>- боли в правом подреберье, чаще всего в проекции желчного пузыря или подложечной области, с типичной иррадиацией по правой половине туловища – назад и вверх – под лопатку, в ключицу и надключичную область, плечо, область шеи и челюсть. Реже боль иррадирует влево – за грудину, в область сердца, имитируя (или провоцируя) приступ стенокардии (стенокардия С.П. Боткина, или холецистокардиальный синдром)</li> </ul> <p>Продолжительность приступа желчной колики варьирует от 15 мин до 5 ч. По окончании приступа у пациента в течение некоторого времени остается неприятное ощущение в области печени. Боли рецидивируют с различными интервалами.</p> <p>Спустя некоторое время после стихания боли, связанной с желчной коликой, могут появляться признаки механической желтухи. При неосложненной ЖКБ желтуха кратковременна. Пациенты отмечают легкую желтушность склер и кожных покровов, непродолжительное потемнение мочи и обесцвечивание кала.</p>
Физикальное обследование	Объективно во время желчной колики пациент нередко беспокоен, напряжен, старается выбрать положение тела, при

	<p>котором интенсивность боли минимальна;</p>
	<p>Положительные симптомы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<i>Мерфи</i>;</li> <li>-<i>Грекова-Ортнера</i>;</li> <li>-<i>Мюсси-Георгиевского (френикуссимптом)</i>;</li> </ul> <p>Лихорадка;</p> <p>Желтуха - около 10% случаев ОХ.</p> <p><a href="#">Клинические рекомендации "Желчнокаменная болезнь" (утв. Министерством здравоохранения РФ, 2021 г.)   ГАРАНТ (garant.ru)</a></p>

### Лабораторные исследования:

Основные:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, ГГТП, ЩФ, общий билирубин, прямой билирубин, непрямой билирубин, альбумин, креатинин, мочевины, глюкоза, тимоловая проба, щелочная фосфатаза, амилаза крови);
- коагулограмма (протромбиновый индекс, время свёртываемости, время кровотечения, фибриноген, АЧТВ);
- группа крови и Rh-фактор.

Дополнительные:

- определение С-реактивного белка;
- определение общего белка и белковой фракции;
- кровь на ВИЧ-инфекцию;
- кровь на вирусный гепатит.

**Инструментальные исследования [20]:**

- ЭФГДС;
- УЗИ брюшной полости;
- Сцинтиграфия желчного пузыря и желчных протоков;
- КТ органов брюшной полости;
- МРТ (МРХПГ) желчных путей;
- ЭКГ;



## **ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ**

ликвидация приступа желчной колики, устранение причины, вызвавшей ОХ (как правило) и его возможные осложнения, предотвращение возникновения осложнений ЖКБ в дальнейшем.

При ОХ должна применяться активно-выжидательная лечебная тактика.

Неотложные операции выполняются только у больных с ОХ, осложненным перитонитом в ближайшие 6 часов после поступления в стационар. Кратковременная предоперационная подготовка при этом должна быть направлена на коррекцию метаболических и электролитных нарушений.

Отсроченные операции выполняются при сохранении или нарастании местных признаков ОХ и системных нарушений, связанных с эндогенной интоксикацией в течение первых 24-48 часов после поступления и до 3 - 10 суток. Операции, проводимые в этот срок, не относятся к плановым, так как даже спустя 8-10 дней от начала заболевания у 40-50% больных обнаруживаются деструктивные формы холецистита.

Тактический алгоритм, основанный на степени тяжести ОХ [8, 11, 41].

### **Легкая степень (grade I).**

Пациентам назначаются пероральные антибиотики, в случае наличия признаков инфекции по клинико-лабораторным данным. Нестероидные противовоспалительные средства (Диклофенак, Индометацин) рекомендуются в качестве анальгетиков и ингибиторов простагландина. Медикаментозная терапия может быть достаточной для пациентов с легкой степенью ОХ и экстренная операции в этом случае не показана. Тем не менее большинству пациентов может быть выполнена ЛХЭ как первичное мероприятие.

### **Средняя степень (grade II).**

Обычно пациенты данной группы не реагируют на медикаментозную терапию. Вопрос об операции принимается обычно в течении 1 недели с момента заболевания. ЛХЭ или открытая ХЭ являются методом выбора, однако в этой группе операция должна выполняться наиболее опытными хирургами. В случае возникновения технических трудностей при ЛХЭ незамедлительно вопрос решается в пользу конверсии. Чрескожная холецистостомия используется в случаях очень высокого операционного риска в качестве временной меры, до улучшения клинической ситуации.

### **Тяжелая степень (grade III).**

Данная группа пациентов нуждается в интенсивной терапии, мониторинге и коррекции органной дисфункции. Экстренное мероприятие - чрескожное

дренирование ЖП или пункционная холецистостомия. После стабилизации состояния возможно проведение холецистэктомии.

В то же время при желчном перитоните на фоне перфорации ЖП показана экстренная холецистэктомия с дренированием брюшной полости.

#### **Немедикаментозное лечение:**

- режим I;
- диета 5;
- холод в эпигастральную область;
- установка назогастрального зонда при рвоте или при полном желудке перед операцией.

**Медикаментозное лечение** [24,38,45]: эмпирическая антибиотикотерапия при ОХ рекомендуется (УД – А) [38,45].

Рекомендуемый выбор антибиотиков при неосложненном ОХ:

- Цефтриаксон 1 г в/в каждые 8 часов: у пациентов с аллергией к  $\beta$ -лактамам антибиотикам – Фторхинолоны.

При осложненном ОХ, включая высокий риск анаэробной инфекции (УД – А):

- Цефепим 1 г в/в каждые 12 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  $\beta$ -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 (УД – А).

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 (УД – В).

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

Лекарственная группа Международное непатентованное наименование ЛС  
Способ применения Уровень доказательности.

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

	ЛС		
Цефтриаксон Антибактериальный препарат	Цефтриаксон	В/в, в/м по 1-2 г один раз в сутки, или разделенная на 2 приема (каждые 12 ч). В тяжелых случаях или при инфекциях, возбудители которых обладают умеренной чувствительностью к цефтриаксону, суточную дозу можно увеличить до 4 г.	В
Цефотаксим Антибактериальный препарат	Цефотаксим	При неосложненных инфекциях - внутримышечно или внутривенно, по 1 г каждые 12 часов; при инфекциях средней тяжести - внутримышечно или внутривенно, по 1 - 2 г каждые 8 часов; при сепсисе - внутривенно, по 2 г каждые 6 - 8 часов, при жизнеугрожающих инфекциях (при менингите) - внутривенно, по 2 г каждые 4 часа,	А

		<p>максимальная суточная доза - 12 г.</p> <p>Продолжительность лечения устанавливаются индивидуально.</p>	
<p>Цефепим</p> <p>Цефалоспорины IV поколения</p>	<p>Цефепим</p>	<p>Режим дозирования устанавливается индивидуально с учетом тяжести течения заболевания.</p> <p>Взрослым и детям с массой тела более 40 кг при – 0.5-1 г 2 раза в сутки; при тяжелых инфекциях дозу увеличивают до 2 г 2 раза в сутки; при угрожающих жизни инфекциях – по 2 г внутривенно каждые 8 часов в течение 7 дней, доводя суточную общую дозу до максимальной – 12 г;</p>	<p>А</p>
<p>Метронидазол</p> <p>Противомикробные препараты</p>	<p>Метронидазол</p>	<p>Разовая доза составляет 500 мг, Интервал между введениями – 8 часов.</p> <p>Длительность курса лечения</p>	<p>В</p>

		определяется индивидуально. Максимальная суточная доза – не более 4 г.	
Ципрофлоксацин Противомикробные препараты	Ципрофлоксацин	Внутривенно 500 мг 1-2 раза в сутки 7-14 дней; Максимальная разовая доза – 500мг, максимальная суточная доза – 1000мг.	А
Левифлоксацин Противомикробные препараты	Левифлоксацин	Внутривенно 500 мг 1-2 раза в сутки 7-14 дней; Максимальная разовая доза – 500мг, максимальная суточная доза – 1000мг.	А
Гентамицина сульфат Аминогликозидные антибактериальные препараты.	Гентамицин	В/м, в/в. 80 мг х 2-3 раза. Доза устанавливается индивидуально. Максимальная суточная доза — 5 мг/кг.	В
Амикацин Аминогликозидные антибактериальные препараты.	Амикацин	Внутримышечно, внутривенно (струйно, в течение 2 мин или капельно), по 5 мг/кг каждые 8 ч	А

		<p>или по 7.5 мг/кг каждые 12 ч;          бактериальные инфекции (неосложненные) - 250 мг каждые 12 ч; Максимальные дозы для взрослых - до 15 мг/кг/сут, но не более 1.5 г/сут в течение 10 дней.          Продолжительность лечения при внутривенном введении - 3-7 дней, при внутримышечном - 7-10 дней.          Внутривенно амикацин вводится капельно в течение 30-60 мин, в случае необходимости – струйно.</p>	
--	--	---	--

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

Лекарственная группа. Международное непатентованное наименование ЛС.

Способ применения. Уровень доказательности.

Лекарственная группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Атропина сульфат М-холиноблокатор	Атропин	п/к или в/м по 0,25 -1 мг (0,25-1 мл	В

Флуконазол-СВС Противогрибковое средство для системного применения. Производные триазола. Флуконазол.	Флуконазол	150 мг (3 капсулы) один раз в неделю	В
Плазмозамещающие и перфузионные растворы. Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс. Электролиты.	Натрия хлорид, раствор для инфузий 0.9 %	Раствор для инфузий 0,9% 400 мл	С
Рингера раствор электролитов баланс восстанавливающее средство.	Рингера раствор	Раствор для инфузий. 500 мл	С
Плазмозамещающие и перфузионные растворы. Ирригационные растворы. Прочие ирригационные растворы. Декстроза.	(5%) Декстроза	Раствор для инфузий. 500 мл	С
Омепразол. Ингибиторы протонного насоса.	Омепразол	20-40 мг х 1-2 раза в сутки	А
Анальгин Анальгетики. Анальгетики - антипиретики другие. Пиразолон. Метамизол натрия	Метамизол натрия	Взрослым и подросткам старше 15 лет разовая доза составляет 500-1000 мг (1-2 мл 50% раствора) 2-3 раза в день не более 3-5 дней.	В
Кетонал. Кетопрофен. Нестероидные	Кетопрофен	Внутримышечно вводят по	В

противовоспалительные средства. Пропионовой кислоты производные.		одной ампуле (100 мг) один или два раза в день.	
<a href="http://fedorovmedcenter.ru">Препараты при желчнокаменной болезни: обезболивающие и антибиотики (fedorovmedcenter.ru)</a>			

Другие виды лечения: проведение новокаиновой блокады круглой связки печени для купирования болевого синдрома при ОХ.

**Индикаторы эффективности лечения:**

- устранение симптомных проявлений ОХ;
- заживление операционной раны первичным натяжением, отсутствие признаков воспаления послеоперационной раны в раннем послеоперационном периоде и грыжи в позднем периоде;
- отсутствие желтухи, лихорадки, болевого и других симптомов, указывающих на осложненное течение послеоперационного периода.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО  
НОЗОЛОГИИ “ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ”**

**1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ.** камни желчного пузыря с острым холециститом  
**1) Код(ы) по МКБ-10 и МКБ-11 таб №1**

МКБ-10 (K80)		МКБ-11 (DC11)	
Код	К80 Желчнокаменная болезнь [холелитиаз]	DC11 Желчнокаменная болезнь [холелитиаз]	
К80.0	Камни желчного пузыря с острым холециститом	DC11.0	Камни желчного пузыря с острым холециститом
К81.0	Острый холецистит	DC11.1	Камни желчного пузыря или пузырного протока с другим холециститом
К82.0	Закупорка желчного пузыря	DC11.2	Камни желчного пузыря или пузырного протока с холангитом
К82.2	Прободение желчного пузыря	DC11.3	Камни желчного пузыря или пузырного протока без холецистита или холангита
К80.4	Камни желчного протока с холециститом	DC11.4	Камни желчного протока с холангитом
К80.5	Камни желчного протока без холангита или холецистит	DC11.5	Камни желчного протока с холециститом
К80.8	Другие формы холелитиаза	DC11.6	Камни ампулы фатерова сосочка
		DC11.7	Камни внутривнутрипеченочных желчных протоков
		DC11.Y	Другая уточненная желчнокаменная болезнь [холелитиаз]
		DC11.Z	Желчнокаменная болезнь (холелитиаз), неуточненная
	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=10126">https://mkb-10.com/index.php?pid=10126</a>		<a href="https://mkb-11.com/index.php?id=DC11">https://mkb-11.com/index.php?id=DC11</a>

## 2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.

### 1). Введение

**Желчнокаменная болезнь (ЖКБ)** – дистрофически-дисметаболическое заболевание гепатобилиарной системы, обусловленное нарушением обмена холестерина и/или билирубина и характеризующееся образованием конкрементов в желчных путях. При образовании камней в желчном пузыре

говорят о «холецистолитиазе», в общем желчном протоке – о «холедохолитиазе», во внутрипеченочных протоках – о «внутрипеченочном холелитиазе»

**Острый калькулезный холецистит (ОКХ)**— острое воспаление желчного пузыря, содержащего конкременты. Распространенность. Острый калькулезный холецистит по частоте занимает второе место среди острых хирургических заболеваний органов живота. В 12-24 % случаев он осложняется холедохолитиазом, в 26—49 % механической желтухой, в 23—47 % — холангитом.

В развитии острого калькулезного холецистита ведущую роль играют проникновение в желчный пузырь инфекции и нарушение оттока желчи. Микробная флора (кишечная, синегнойная палочки, стафилококки, энтерококки) попадает в желчный пузырь восходящим (из двенадцатиперстной кишки) или нисходящим (из печени) путем, гематогенно или лимфогенно. Отток желчи нарушается при обтурации конкрементами шейки желчного пузыря или пузырного протока, холедоха, патологических процессах в периапулярной зоне. Развитию калькулезного холецистита способствуют изменения сосудов стенки желчного пузыря при атеросклерозе, повреждение его слизистой оболочки ферментами поджелудочной железы при панкреатобилиарном рефлюксе.

**Хронический калькулезный холецистит (ХКХ)** – это воспалительное заболевание вызывающее поражение стенки желчного пузыря и моторно-тонические нарушения билиарной системы, сопровождающееся наличием желчных камней в полости желчного пузыря. ЖКХ является одним из проявлений желчнокаменной болезни

**Категория пациентов:** взрослые.

**Пользователи протокола:** врачи хирурги, анестезиологи, реаниматологи, визуальной диагностики, медицинские сёстры.

**Классификация [11,15]:**

<b>По этиологии:</b>	калькулезный, бескаменный, паразитарный
<b>По патогенезу:</b>	обтурационный, ферментативный, сосудистый
<b>Клинико-морфологические</b>	катаральный (обструктивный или обтурационный), флегмонозный, гангренозный, перфоративный

<b>формы:</b>	(деструктивный).
<b>По клиническому течению:</b>	легкое, среднетяжелое, тяжелое

### Клинико-морфологическая классификация:

Неосложненный (калькулезный, бескаменный)	катаральный, флегмонозный, гангренозный холецистит
Осложненный холецистит	перфорация ЖП, околопузырный инфильтрат, абсцесс, перитонит, механическая желтуха, холангит, наружный или внутренний желчный свищ, острый панкреатит.

*Данная классификация удобна для формирования клинического диагноза.*

### Классификация по степени тяжести ОХ [11]:

Легкая степень (Mild)	отсутствие критериев для более тяжелых форм, отсутствие органной дисфункции.
Средней тяжести (Moderate)	наличие хотя бы одного признака из: лейкоцитоз свыше $18 \cdot 10^9/\text{л}$ ; пальпируемый желчный пузырь; срок заболевания свыше 72 часов; наличие признаков местного воспалительного процесса, включая желчный перитонит; перивезикальный абсцесс; абсцесс печени; гангренозный или эмфизематозный холецистит.
Тяжелая (Severe)	наличие хотя бы одного признака органной дисфункции: - Сердечно-сосудистая система (гипотензия, требующая введения допамина в дозе 5 мг или более на кг веса в минуту или добутамина в любой дозировке); - Нервная система (нарушение сознания); - Респираторная система (отношение $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ ); - Почечная дисфункция (олигурия; уровень креатинина >176.8 мкмоль/л); - Печеночная дисфункция (протромбиновое время >1.5); - Гематологическая дисфункция (тромбоцитопения

	<100*10 <sup>9</sup> /л).
--	---------------------------

### Патоморфологическая классификация [15]:

Отечная форма	2-4 суток, отек субсерозного слоя.
Некротическая форма	3-5 суток отек с участками кровоизлияний и некрозов, некроз не вовлекает все слои стенки ЖП.
Гнойная форма	7-10 суток, лейкоцитарная инфильтрация стенки ЖП с участками некроза и абсцедирования на всю толщину стенки, наличие перевезикального абсцесса.
Эмфизематозная форма	Эмфизема стенки ЖП на фоне инфекции, вызванной газообразующей анаэробной флорой. Наиболее часто выявляется у больных сахарным диабетом.
Хроническая форма	Атрофия слизистой и фиброз стенки. Возникает после нескольких рецидивирующих приступов ОХ.

### МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ [20,25]

Жалобы и анамнез:	<p><i>Боль в правом подреберье</i> - чаще интенсивная, продолжительностью более 30 минут. Может начинаться в эпигастрии или левом подреберье с последующей миграцией в правое подреберье. Возникновение болей наиболее часто связано с употреблением жирной пищи.</p> <p><i>Тошнота и рвота.</i></p> <p><i>Снижение аппетита.</i></p> <p>Наличие приступа печеночной колики в анамнезе - примерно у 50% больных, которые имели 1 эпизод, печеночная колика повторяется в течение года [25].</p> <p><b>При билиарной диспепсии:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- снижение аппетита;</li> <li>- ощущение горечи и сухости во рту;</li> <li>- тошнота утром или после приема определенного вида пищи, иногда рвота желчью, не приносящая облегчения;</li> <li>- вздутие живота, неустойчивый стул со склонностью к запорам.</li> </ul> <p><b>При умеренно выраженном абдоминальном болевом</b></p>
-------------------	---

### **синдроме**

- тупая ноющая боль или чувство тяжести или давления в правом верхнем квадранте живота постоянного характера, усиливающиеся при глубоком вдохе, в положении на левом боку, уменьшающиеся в вынужденном положении – на правом боку с поджатыми к животу ногами.

### **Приступ желчной колики**

- приступ возникает внезапно, на фоне полного благополучия, обычно вечером или ночью. Характеризуется резкой спастической болью, которую пациенты описывают как режущую, раздирающую или колющую. Интенсивность боли в течение нескольких минут нарастает до максимальной. Пациент мечется в постели, не может найти положения, которое облегчило бы страдание, стонет, кричит с гримасой боли на лице. Возможно развитие болевого шока. Иногда в течение приступа болезненные ощущения волнообразно меняются по интенсивности.

- повышенной потливостью, тахикардией, тошнотой, необильной рвотой желчью, не приносящей облегчения, вздутием живота

- боли в правом подреберье, чаще всего в проекции желчного пузыря или подложечной области, с типичной иррадиацией по правой половине туловища – назад и вверх – под лопатку, в ключицу и надключичную область, плечо, область шеи и челюсть. Реже боль иррадирует влево – за грудину, в область сердца, имитируя (или провоцируя) приступ стенокардии (стенокардия С.П. Боткина, или холецистокардиальный синдром)

Продолжительность приступа желчной колики варьирует от 15 мин до 5 ч. По окончании приступа у пациента в течение некоторого времени остается неприятное ощущение в области печени. Боли рецидивируют с различными интервалами.

Спустя некоторое время после стихания боли, связанной с желчной коликой, могут появляться признаки механической желтухи. При неосложненной ЖКБ желтуха кратковременна. Пациенты отмечают легкую желтушность склер и кожных

	покровов, непродолжительное потемнение мочи и обесцвечивание кала.
Физикальное обследование	Объективно во время желчной колики пациент нередко беспокоен, напряжен, старается выбрать положение тела, при котором интенсивность боли минимальна;
	Положительные симптомы: - <i>Мерфи</i> ; - <i>Грекова-Ортнера</i> ; - <i>Мюсси-Георгиевского (френикуссимптом)</i> ; Лихорадка; Желтуха - около 10% случаев ОХ.

### Лабораторные исследования:

#### Основные:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, ГГТП, ЩФ, общий билирубин, прямой билирубин, непрямой билирубин, альбумин, креатинин, мочевины, глюкоза, тимоловая проба, щелочная фосфатаза, амилаза крови);
- коагулограмма (протромбиновый индекс, время свёртываемости, время кровотечения, фибриноген, АЧТВ);
- группа крови и Rh-фактор.

#### Дополнительные:

- определение С-реактивного белка;
- определение общего белка и белковой фракции;
- кровь на ВИЧ-инфекцию;
- кровь на вирусный гепатит.

### Инструментальные исследования [20]:

- ЭФГДС;
- УЗИ брюшной полости;
- Сцинтиграфия желчного пузыря и желчных протоков;
- КТ органов брюшной полости;
- МРТ (МРХПГ) желчных путей;

- ЭКГ;
- Обзорная рентгенография органов брюшной полости;
- Обзорная рентгенография органов грудной клетки;
- Интраоперационная холангиография;
- Ретроградная холангиопанкреатикография;
- Диагностическая лапароскопия.

### **Цели лечения:**

оперативное удаление желчного пузыря, удаление (или растворение) конкрементов из желчных протоков, создание условий для беспрепятственного оттока желчи.

### **Хирургическое вмешательство**

Виды оперативных вмешательств:

- 1) Лапароскопическая холецистэктомия
- 2) Холецистэктомия из минилапаротомного доступа
- 3) Традиционная холецистэктомия
- 4) Традиционная холецистэктомия с интраоперационным дренированием холедоха по Пиковскому (при индуративном панкреатите); при наличии холангита – по Вишневскому или Керу.
- 5) ЭПСТ как отдельный вид операции или в сочетании с холецистэктомией и холедохотомией.
- 6) Перевязки.

При остром калькулезном холецистите после подготовки больного проводится холецистэктомия в экстренном и отсроченном порядке: в первые 2-3 сут от начала заболевания лапароскопическим методом, при технических трудностях – открытым способом. Операция в экстренном порядке показана при явлениях перитонита, при напряженном увеличенном желчном пузыре, наличии перипузырного инфильтрата. При хроническом калькулезном холецистите операция начинается с лапароскопии. Если гепатодуоденальная зона интактна, операция продолжается лапароскопически.

### **Показания к проведению холецистэктомии с использованием лапароскопической техники:**

- Хронический калькулезный холецистит;
- Полипы и холестероз желчного пузыря;
- Острый калькулезный холецистит (в первые 2-3 сут от начала заболевания);
- Хронический бескаменный холецистит;
- Бессимптомный холецистолитиаз (крупные и мелкие конкременты).

Если общий желчный проток увеличен и в нем имеются конкременты,

осуществляется лапаротомия, классическая холецистэктомия и холедохотомия с извлечением конкрементов, в некоторых случаях ХДА. Показания к наложению ХДА: холедохолитиаз или наличие замазкообразных масс и песка в желчных протоках; рубцовое сужение дистальной части холедоха на протяжении нескольких сантиметров, сочетающееся со стенозом фатерова сосочка; расширение печеночных и внепеченочных желчных протоков с утолщением их стенок; обтурация терминального отдела холедоха вследствие хронического индуративного панкреатита. Противопоказания к наложению ХДА: дуоденостаз; рубцово-язвенная деформация двенадцати-перстной кишки; нерасширенный, тонкостенный или склеротически измененный общий желчный проток; обтурация холедоха выше предполагаемого места наложения соустья.

В послеоперационном периоде осуществляется антибактериальная, инфузионная, гепатотропная и симптоматическая терапия. Дальнейшее ведение [9,57]:

- ранняя активизация;
- энтеральное питание с первых суток, жидкая пища - с появлением кишечной перистальтики и отхождением газов;
- извлечение назогастрального зонда (в случае установления) - в день операции;
- по показаниям - продолжение инфузионной терапии, антибактериальной терапии, лечение сопутствующих заболеваний;
- профилактика тромбоэмболических осложнений и нарушений микроциркуляции низкомолекулярными гепаринами;
- удаление контрольного дренажа (в случаях установки) на 2-3 сутки при отсутствии отделяемого;
- удаление дренажа из холедоха (в случае установки) - при отсутствии признаков желчной гипертензии, после контрольной фистулохолангиографии, подтверждающей проходимость желчных путей, но не ранее 21 суток после операции для предотвращения желчеистечения в брюшную полость;
- снятие швов с операционной раны после ЛХЭ - на 4 сутки, после открытой холецистэктомии - на 6-7 сутки;
- выписка при неосложненном течении послеоперационного периода производится на 2-4 сутки после ЛХЭ, 4-6 суток при минилапаротомии, 6-8 суток при лапаротомии;
- после ХЭ пациент должен наблюдаться в течение 2 недель после выписки из стационара. Наличие или отсутствие симптомов - желтухи, тошноты, рвоты, абдоминальной боли, возможность употребления пищи. Осмотр раны на предмет воспаления;
- если была наложена чрескожная пункционная холецистостома, при отсутствии конкрементов и наличии на холангиограмме контрастированного пузырного протока, дренаж может быть удален через 6-8 недель после операции.

**Индикаторы эффективности лечения:**

- устранение симптомных проявлений Холецистита;
- заживление операционной раны первичным натяжением, отсутствие признаков воспаления послеоперационной раны в раннем послеоперационном периоде и грыжи в позднем периоде;
- отсутствие желтухи, лихорадки, болевого и других симптомов, указывающих на осложненное течение послеоперационного периода.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ  
ОПЕРАЦИИ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.**

**1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ.** камни желчного пузыря  
**1) Код(ы) по МКБ-10 и МКБ-11 таб №1**

МКБ-10 (K80)		МКБ-11 (DC11)	
Код	K80 Желчнокаменная болезнь [холелитиаз]	DC11 Желчнокаменная болезнь [холелитиаз]	
<b>K80.0</b>	Камни желчного пузыря с острым холециститом	<b>DC11.0</b>	Камни желчного пузыря с острым холециститом
<b>K81.0</b>	Острый холецистит	<b>DC11.1</b>	Камни желчного пузыря или пузырного протока с другим холециститом
<b>K82.0</b>	Закупорка желчного пузыря	<b>DC11.2</b>	Камни желчного пузыря или пузырного протока с холангитом
<b>K82.2</b>	Прободение желчного пузыря	<b>DC11.3</b>	Камни желчного пузыря или пузырного протока без холецистита или холангита
<b>K80.4</b>	Камни желчного протока с холециститом	<b>DC11.4</b>	Камни желчного протока с холангитом
<b>K80.5</b>	Камни желчного протока без холангита или холецистит	<b>DC11.5</b>	Камни желчного протока с холециститом
<b>K80.8</b>	Другие формы холелитиаза	<b>DC11.6</b>	Камни ампулы фатерова сосочка
		<b>DC11.7</b>	Камни внутрипеченочных желчных протоков
		<b>DC11.Y</b>	Другая уточненная желчнокаменная болезнь [холелитиаз]
		<b>DC11.Z</b>	Желчнокаменная болезнь (холелитиаз), неуточненная
	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=10126">https://mkb-10.com/index.php?pid=10126</a>		<a href="https://mkb-11.com/index.php?id=DC11">https://mkb-11.com/index.php?id=DC11</a>

## 2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.

### 1). Введение

**Желчнокаменная болезнь (ЖКБ)** – дистрофически-дисметаболическое заболевание гепатобилиарной системы, обусловленное нарушением обмена холестерина и/или билирубина и характеризующееся образованием конкрементов в желчных путях. При образовании камней в желчном пузыре говорят о «холецистолитиазе», в общем желчном протоке – о «холедохолитиазе», во внутривенных протоках – о «внутрипеченочном холелитиазе»

**Острый калькулезный холецистит** — острое воспаление желчного пузыря, содержащего конкременты. Распространенность. Острый калькулезный холецистит по частоте занимает второе место среди острых хирургических заболеваний органов живота. В 12-24 % случаев он осложняется холедохолитиазом, в 26—49 % механической желтухой, в 23—47 % — холангитом.

В развитии острого калькулезного холецистита ведущую роль играют проникновение в желчный пузырь инфекции и нарушение оттока желчи. Микробная флора (кишечная, синегнойная палочки, стафилококки, энтерококки) попадает в желчный пузырь восходящим (из двенадцатиперстной кишки) или нисходящим (из печени) путем, гематогенно или лимфогенно. Отток желчи нарушается при обтурации конкрементами шейки желчного пузыря или пузырного протока, холедоха, патологических процессах в периапулярной зоне. Развитию калькулезного холецистита способствуют изменения сосудов стенки желчного пузыря при атеросклерозе, повреждение его слизистой оболочки ферментами поджелудочной железы при панкреатобилиарном рефлюксе.

**Хронический калькулезный холецистит** – это воспалительное заболевание вызывающее поражение стенки желчного пузыря и моторно-тонические нарушения билиарной системы, сопровождающееся наличием желчных камней в полости желчного пузыря. ЖКХ является одним из проявлений желчнокаменной болезни

**Категория пациентов:** взрослые.

**Пользователи протокола:** врачи хирурги, анестезиологи, реаниматологи, визуальной диагностики, медицинские сестры.

**Классификация [11,15]:**

<b>По этиологии:</b>	калькулезный, бескаменный, паразитарный
----------------------	---

<b>По патогенезу:</b>	обтурационный, ферментативный, сосудистый
<b>Клинико-морфологические формы:</b>	катаральный (обструктивный или обтурационный), флегмонозный, гангренозный, перфоративный (деструктивный).
<b>По клиническому течению:</b>	легкое, среднетяжелое, тяжелое

### **Клинико-морфологическая классификация:**

Неосложненный (калькулезный, бескаменный)	катаральный, флегмонозный, гангренозный холецистит
Осложненный холецистит	перфорация ЖП, околопузырный инфильтрат, абсцесс, перитонит, механическая желтуха, холагнит, наружный или внутренний желчный свищ, острый панкреатит.

*Данная классификация удобна для формирования клинического диагноза.*

### **Классификация по степени тяжести [11]:**

Легкая степень (Mild)	отсутствие критериев для более тяжелых форм, отсутствие органной дисфункции.
Средней тяжести (Moderate)	наличие хотя бы одного признака из: лейкоцитоз свыше $18 \cdot 10^9/\text{л}$ ; пальпируемый желчный пузырь; срок заболевания свыше 72 часов; наличие признаков местного воспалительного процесса, включая желчный перитонит; перивезикальный абсцесс; абсцесс печени; гангренозный или эмфизематозный холецистит.
Тяжелая (Severe)	наличие хотя бы одного признака органной дисфункции: - Сердечно-сосудистая система (гипотензия, требующая введения допамина в дозе 5 мг или более на кг веса в минуту или добутамина в любой дозировке); - Нервная система (нарушение сознания); - Респираторная система (отношение $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ );

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Почечная дисфункция (олигурия; уровень креатинина &gt;176.8 мкмоль/л);</li> <li>- Печеночная дисфункция (протромбиновое время &gt;1.5);</li> <li>- Гематологическая дисфункция (тромбоцитопения &lt;100*10<sup>9</sup> /л).</li> </ul>
--	---

### Патоморфологическая классификация [15]:

Отечная форма	2-4 суток, отек субсерозного слоя.
Некротическая форма	3-5 суток отек с участками кровоизлияний и некрозов, некроз не вовлекает все слои стенки ЖП.
Гнойная форма	7-10 суток, лейкоцитарная инфильтрация стенки ЖП с участками некроза и абсцедирования на всю толщину стенки, наличие перивезикального абсцесса.
Эмфизематозная форма	Эмфизема стенки ЖП на фоне инфекции, вызванной газообразующей анаэробной флорой. Наиболее часто выявляется у больных сахарным диабетом.
Хроническая форма	Атрофия слизистой и фиброз стенки. Возникает после нескольких рецидивирующих приступов ОХ.

### Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Выделяют 3 этапа восстановительного лечения: клинический, амбулаторно поликлинический, санаторный. Методы немедикаментозного лечения предусматривают комплексное использование различных лечебных методик, среди которых важное место отводится лечебно-охранительному режиму, диетотерапии, также могут быть рассмотрены перестроенные физические факторы, санаторно-курортное лечение (включая бальнео-, климатолечение), лечебная физкультура (ЛФК) или кинезитерапия, рефлексотерапия, методы психокоррекции. Данные методы имеют незначительную доказательную базу. Назначение методик осуществляется специалистом по физиотерапии. Применение физических факторов, санаторно-курортного лечения, лечебной физкультуры, массажа или кинезитерапии, психокоррекции возможно рассмотреть после успешной литолитической терапии, при бессимптомном течении, должно быть осторожным, при часто рецидивирующем течении хронического калькулезного холецистита противопоказано. Лечебная физкультура (ЛФК) и медицинский массаж.

Рекомендовано детям с ЖКБ вне обострения рассмотреть ЛФК и медицинский массаж с целью улучшения самочувствия, устранения застоя и улучшения кровообращения в гепатобилиарной системе, повышения функциональной активности нервной системы и других систем организма, выносливости и сопротивляемости организма к нагрузкам. Комментарий: физическая активность способствует также нормализации массы тела, что также является профилактикой ЖКБ.

Психотерапия рекомендовано рассмотреть проведение психотерапии, у детей школьного возраста с ЖКБ вне обострения. Основные цели: снятие и уменьшение невротических проявлений, регулирование моторной функции желчевыводящей системы в сторону нормализации, изменение вкусового стереотипа, потенцирование всех назначенных процедур, мобилизация воли больного ребенка на точное выполнение врачебных назначений. Комментарий: Варианты методик лечения: музыкотерапия, нейролингвистическое программирование, биологическая обратная связь (БОС) и др. 4.1 Реабилитация детей, перенесших холецистэктомию. Принципами реабилитации в постоперационный период являются мероприятия, направленные на: предотвращение рецидивов образования желчных камней, нормализацию процессов желчеобразования и желчевыделения, профилактику постхолецистэктомического синдрома. Рекомендовано рассмотреть назначение лечебной физкультуры пациентам после холецистэктомии с целью улучшения самочувствия, устранения застоя и улучшения кровообращения в гепатобилиарной системе, повышения функциональной активности нервной системы и других систем организма, выносливости и сопротивляемости организма к нагрузкам.

#### **Список продуктов, показанных к употреблению после проведения холецистэктомии:**

- \*супы крупяные, фруктовые, молочные, бульоны некрепкие (мясные и рыбные);
- \*мясо (нежирная говядина, курица, индейка, кролик), фрикадельки, кнели, паровые котлеты, мясо, запеченное куском;
- \*рыба нежирная в отварном, тушеном, запеченном виде;
- \*кисломолочные продукты, творог, кефир с бифидодобавками;
- \*яйца в омлете 2-3 раза в неделю;
- \*масло сливочное в ограниченном количестве, растительное масло (подсолнечное, кукурузное, оливковое) 25-30 г в день;
- \*каши (гречневая, перловая, рисовая, овсяная), макаронны;
- \*овощи любые в отварном, печеном и сыром виде, за исключением шпината, редиса, редьки, лука, необходимо ограничить томаты;
- \*сладкие фрукты и ягоды (кроме кислых) в сыром и вареном виде;
- \*сухое печенье, мед, мармелад, зефир;
- \*соки овощные, фруктовые, компоты, кисели, отвар шиповника (в

зависимости от вкусовых привычек, характера стула и наличия сопутствующих заболеваний);

\*минеральные воды, чай сладкий с лимоном.

### **Список продуктов, нежелательных к употреблению после проведения холецистэктомии:**

- сдобное тесто, жареные пирожки, чебуреки;
- жирные сорта мяса и птицы (свинина, баранина, гусь, утка);
- рыба в жареном виде;
- грибные бульоны;
- животные жиры;
- торты, крем, мороженое, газированные напитки, алкогольные напитки, крепкий кофе;
- острые закуски.

Прием пищи ни в коем случае не должен сопровождаться перееданием. Все перечисленные продукты должны быть введены в рацион питания в разумном количестве. Также необходимо избегать употребления холодных продуктов, т. к. они вызывают спазмы желчевыводящих путей.

Помимо соблюдения дневного рациона для выведения желчи рекомендуется принимать желчегонные средства, ферментные препараты, а также средства для нормализации кишечной микрофлоры. Для людей, перенесших холецистэктомию, придерживаться диеты в течение всей жизни крайне важно. Только правильное питание и соблюдение всех рекомендаций лечащего врача поможет избежать последствий операции и позволит наслаждаться полноценной жизнью здорового человека.

[Профилактика желчнокаменной болезни \(rospotrebnadzor.ru\)](http://rospotrebnadzor.ru)

### **Источники и литература**

1. Hasegawa H, Norimizu S, et al. Accuracy of the Tokyo Guidelines for the diagnosis of acute cholangitis and cholecystitis taking into consideration the clinical practice pattern in Japan. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2011;18:250–7. 2.

2. Yokoe M. et al. New diagnostic criteria and severity assessment of acute cholecystitis in revised Tokyo guidelines // *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* — 2012. — 19. p. 578–585. 49. Yamashita Y, Kimura T, Matsumoto S. A safe laparoscopic cholecystectomy depends upon the establishment of a critical view of safety. *Surg Today.* 2010;40:507– 513.

3. Агаджанов В.Г., Шулутко А.М., Насиров Ф.Н., Чантурия М.О., Натрошвили А.Г., Натрошвили И.Г. «Десять лет спустя...» - отдаленные результаты

операций из минидоступа при холецистохоледохолитиазе //Московский хирургический журнал. 2013. № 4. С. 14-18.

4. Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Зюбина Е.Н., Быков А.В. Миниинвазивные вмешательства при остром холецистите: состояние проблемы по данным доказательной медицины // Анналы хирургической гепатологии. 2011. Т. 16. № 2. С. 83-88.

5. Бебуришвили А.Г., Прудков М.И., Шулутко А.М., Натрошвили А.Г., Панин С.И., Нестеров С.С., Натрошвили И.Г. Концептуальная оценка применения лапароскопических и минилапаротомных вмешательств в неотложной абдоминальной хирургии // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2013. № 1. С. 5357.

6. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. II. - 832 с.

7. Михайлович В.А. руководство для врачей скорой медицинской помощи. 2007 55. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Холецистит у больных высокого риска. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова 2013; 12: 18-23. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. II. - 832 с.

8. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Возможности улучшения результатов лечения острого холецистита. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2015. № 2. С. 50-55. 57. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Холецистит у больных высокого риска. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова 2013; 12: 18-23.

9. Столин А.В., Прудков М.И. Возможности хирургического лечения больных острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой // Эндоскопическая хирургия. 2007. Т. 13. № 1. С. 86 59. Черепанин А. И., Луцевич О. Э., Галлямов Э. А., Поветкин А. П. Острый холецистит // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 224 с.

10. Шулутко А.М., Агаджанов В.Г., Натрошвили А.Г., Натрошвили И.Г. Минимально инвазивные операции при холецистохоледохолитиазе // Анналы хирургической гепатологии. 2013. Т. 18. № 1. с. 38-41 61. Шулутко А.М., Прудков М.И., Тимербулатов В.М., Ветшев П.С., Бебуришвили А.Г., Гарипов Р.М., Агаджанов В.Г., Чантурия М.О., Натрошвили А.Г., Нишневич Е.В., Столин А.В., Натрошвили И.Г., Кяров Н.Х. Минилапаротомные технологии при желчекаменной болезни: системный подход или хирургическая

эквилибристика? //Анналы хирургической гепатологии. 2012. Т. 17. № 2. С. 34-41