

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

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**  
**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ**  
**ПОМОЩИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ**  
**ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ»**

**ТАШКЕНТ – 2025**



**«УТВЕРЖДАЮ»**

**Директор Республиканского  
научного центра экстренной  
медицинской помощи**

**Д.А. Алимов**

**2025 г.**

## **НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ»**

**ТАШКЕНТ – 2025**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ  
«ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ»**

**ТАШКЕНТ – 2025**

## 1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

	МКБ-10	МКБ-11
Код	<b>K81.0. Острый холецистит</b>	<b>DC11-DC12. Острый холецистит</b>
Ссылка	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=10399">https://mkb-10.com/index.php?pid=10399</a>	<a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2071113448">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2071113448</a>

**Клинические протоколы были созданы** в мае 2025 года, в результате дополнения руководства по оказанию экстренной медицинской помощи от 2019 года, дата пересмотра - 2029 год или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

**Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:** Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

**В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:**

По организации процесса члены рабочей группы по направлению Экстренная медицинская помощь:

**Туляганов Даврон Бахтиярович** - д.м.н., старший научный сотрудник, генеральный директор РНЦЭМП, ассистент ЦРПКМР,

**Алимов Данияр Анварович** - д.м.н., профессор, директор РНЦЭМП, профессор ЦРПКМР,

**Атаджанов Шухрат Камилевич** - д.м.н., заместитель директора РНЦЭМП по науке и подготовке кадров, доцент ЦРПКМР,

**Стопницкий Амир Александрович** - к.м.н., ученый секретарь РНЦЭМП, ассистент ЦРПКМР,

**Список авторов:**

**Туляганов Даврон Бахтиярович** - д.м.н., старший научный сотрудник, генеральный директор РНЦЭМП, ассистент кафедры экстренной медицинской помощи Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников.

**Алиджанов Фотих Бокиевич** – д.м.н, профессор кафедры экстренной медицинской помощи Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников.

**Хаджибаев Фарход Абдухакимович** – д.м.н., профессор, руководитель научно-клинического отдела экстренной хирургии РНЦЭМП.

**Пулатов Дилмурод Тухтабаевич** – PhD, заместитель главного врача по хирургии РНЦЭМП

**Пулатов Махмуд Муродович** – РНЦЭМП, PhD, врач-хирург экстренной хирургии №1.

**Абдулахатов Муроджон Хамидович** – РНЦЭМП, врач-хирург высшей категории, докторант.

**Рецензент:**

**Алтыев Базарбай Курбанович** –, д.м.н., профессор, старший научный сотрудник отдела экстренной хирургии РНЦЭМП

**Тагисов Эльман Кулу оглы** – д.н.м., доцент кафедры общей хирургии Азербайджанского Медицинского Университета.

Когда были проведены обсуждения (даты и номер выписки из протоколов обсуждения Ученых Советов медицинских учреждений): Ученый Совет №5 - 14 ноября 2023 года, заседание Рабочей группы №1 - 15 ноября 2023 года.

**Техническая экспертная оценка и редактирование:**

**Рахимова С.Р.** – заместитель директора РНЦЭМП по педиатрии

**Турсунов Х.М.** – д.м.н., заместитель директора РНЦЭМП по терапии

**Экспертная оценка со стороны специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:**

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.Э, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

## Оглавление

1.	НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ»	5-стр
2.	НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ»	35-стр

## Сокращения, используемые в протоколе:

АЛТ – аланинаминотрансфераза  
АСТ – аспартатаминотрансфераза  
БДС – большой дуоденальный сосочек  
ВЖП – внепеченочные желчные протоки  
ЖКБ – желчекаменная болезнь  
ЖП – желчный пузырь  
ИОХГ – интраоперационная холангиография  
ИОУЗИ – интраоперационное УЗИ  
КТ – компьютерная томография  
ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия  
МХЭ – минилапаротомная холецистэктомия  
МХ – механическая желтуха  
МРТ – магнитно-резонансная томография  
ОЖП – общий желчный проток  
ОПЖП – общий печёночно-жёлчный проток  
ОХ – острый холецистит  
ОХЭ – открытая холецистэктомия  
ПЖП – повреждение желчных протоков  
РХПГ – ретроградная холангиопанкреатография  
УЗИ – ультразвуковое исследование  
ХЭ – холецистэктомия  
ЧЧХГ – чрескожная чреспеченочная холангиография  
ЧЧХС – чрескожная чреспеченочная холангиостомия  
ЩФ – щелочная фосфатаза  
ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия  
ЭПСТ – эндоскопическая папиллосфинктеротомия

**Пользователи протокола по данной нозологии** – хирурги, анестезиологи, реаниматологи, врачи экстренной медицины, врач общей практики.

**Категория пациентов в данной нозологии** – пациенты с острым холециститом и его осложнениями.

## Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины:

### Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением

	рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств**

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств**

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

По уровню доказательности данные относятся к 1a, 1b и 2a уровням – доказательства получены в результате метаанализа большого числа хорошо спланированных контролируемых исследований.

## **2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ**

**Введение.** Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей — распространенная патология внутренних органов. ЖКБ страдают до 20% взрослого населения развитых стран. Число больных с заболеваниями желчевыводящих путей вдвое превышает число лиц, страдающих гастродуоденальной язвенной болезнью. В последние годы заболеваемость острым холециститом в стране возросла в 5 раз

**Определение.** Острый холецистит (ОХ) – острое воспаление желчного пузыря, вызванное обтурацией пузырного протока, в основном камнем, что приводит к застою, инфицированию желчи, гипертензии в желчном пузыре, деструкции его стенки и развитию перитонита.

Основной причиной возникновения острого воспаления и некробиотических процессов в стенке ЖП является повышение внутрипузырного давления до 200-300 мм вод. ст. Как правило (90-95%), оно возникает из-за нарушения оттока желчи и воспалительного экссудата из желчного пузыря (ЖП) в результате обтурации камнем, комочком слизи или желчным шламмом и др. В патогенезе заболевания (острого воспаления) важное значение придают лизолецитину (конвертируется из лецитина желчи фосфолипазой А, высвобождающейся при травме слизистой ЖП) и повышенной продукции простагландинов E и F1a. Возникновение внутрипузырной гипертензии является главным фактором в уменьшении кровоснабжения слизистой ЖП. Снижение гемоперфузии стенки (особенно в пожилом и старческом возрасте) способствует нарушению слизистого барьера, проникновению и росту аэробных и анаэробных микроорганизмов, что, в свою очередь, увеличивает воспалительную экссудацию в просвет органа. Процесс экссудации ведет к увеличению внутрипузырного давления, сдавлению сосудов внутрстеночных сосудов, нарушению микроциркуляции и ишемии в стенке желчного пузыря, выделению воспалительного экссудата в его просвет. Таким образом формируется патофизиологический порочный «замкнутый круг». У 10-15% больных ишемия стенки ЖП, развивающаяся на фоне внутрипузырной гипертензии, приводит к некрозу, перфорации, подпеченочному, внутрпеченочному или поддиафрагмальному абсцессам, местному или распространенному перитониту. При газообразующей флоре возникает эмфизематозный ЖП.

Чаще других в желчи выявляют: *Escherichia coli* (27%), *Klebsiella* (16%), *Enterococcus* (15%), разновидности *Streptococcus* (8%), разновидности *Enterobacter* (7%) и *Pseudomonas aeruginosa* (7%). При бактериологическом исследовании крови обнаруживают аналогичный спектр микрофлоры: *Escherichia coli* (59%), *Klebsiella* (16%), *Pseudomonas aeruginosa* (5%) и *Enterococcus* (4%). Кроме того, часто встречается полимикробная инфекция – в культурах желчи (30-87%) и менее часто - в крови (6-16%)

**Классификация.** Классификация (по этиологии, стадиям).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24022431/>  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29090866/>

В основе классификаций ОХ, как правило, лежит клинико-морфологический принцип – зависимость клинических проявлений заболевания от патологоанатомических изменений в ЖП, брюшной полости и характера изменений во внепеченочных желчных протоках. В 2007 г. Токийским соглашением по острому холециститу в классификационные принципы была добавлена тяжесть течения заболевания. Суммируя все имеющиеся предложения по вопросам классификации ОХ, можно условно выделить основные их принципы (табл. 1).

**Таблица.1**

По этиологии	По патогенезу	Клинико-морфологические формы	По тяжести
Калькулезный	Обтурационный	Катаральный Флегмонозный Гангренозный Перфоративный	Легкое течение (Grade I)
Бескаменный	Ферментативный Сосудистый		Средней тяжести (Grade II)
Паразитарный			Тяжелое течение (Grade III)

**Легкая степень (grade I).** Пациентам назначаются пероральные антибиотики, в случае наличия признаков инфекции по клинико-лабораторным данным. Нестероидные противовоспалительные средства (Диклофенак) 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.

**Классификация острого холецистита (Прудков М.Э., 2007 г.).**

**По патогенезу:** обтурационный, ферментативный, сосудистый.

**По этиологии:** калькулезный и бескаменный.

**Клинико-морфологические формы:**

1. Катаральный.
2. Флегмонозный.
3. Гангренозный.
4. Перфоративный.

**Осложнения:**

1. **Гепатопанкреатобилиарная зона:** механическая желтуха, синдром Мириizzi, холедохолитиаз, холангит, внутренние билиодигестивные свищи, острый билиарный панкреатит.
2. **Брюшная полость:** перитонит – отграниченный (инфильтрат, абсцесс), неотграниченный (местный, диффузный, разлитой), по форме воспаления (серозный, серозно-фибринозный, желчный, фибринозно-гнойный, гнойный), по стадиям (реактивная, токсическая, терминальная).
3. **Общие:** сепсис, пневмония, органные и системные дисфункции.

Методы, подходы и процедуры диагностики.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24869607/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20091665/>

**Таблица.2**

<p>Жалобы и анамнез:</p>	<p>Боль в правом подреберье - 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. Тошнота и рвота. Снижение аппетита Наличие приступа печеночной колики в анамнезе - примерно у 50% больных, которые имели 1 эпизод, печеночная колика повторяется в течение года.</p>
--------------------------	---

Физикальное обследование	Объективно во время желчной колики пациент нередко беспокоен, напряжен, старается выбрать положение тела, при котором интенсивность боли минимальна;
	Положительные симптомы: - Мерфи; - Грекова-Ортнера; - Мюсси-Георгиевского (френикус симптом); Лихорадка; Желтуха - около 10% случаев ОХ.

Клиническая картина острого холецистита характеризуется такими основными признаками, как боль, наличие местных симптомов и общих расстройств, связанных с развитием гнойной интоксикации. (Таблица.2)

### **Боль. Характеристики:**

1. **локализация:** в правом подреберье
2. **интенсивность:** сильная и постоянная боль, интенсивность которой по мере прогрессирования заболевания нарастает.
3. **иррадиация:** характерна иррадиацией в правую надключичную область, плечо или лопатку. Иногда боли иррадиируют в область сердца, что может расцениваться как приступ стенокардии (холецистокоронарный синдром С.П.Боткина).
4. **купирование:** на фоне спазмолитиков уменьшение интенсивности болей вплоть до полного купирования

**I. Специфические признаки острого холецистита (местные «пузырные» симптомы):**

1. **Грекова-Ортнера** - болезненность при поколачивании правой реберной дуги ребром кисти;
2. **Кера** - боль в области проекции желчного пузыря на переднюю брюшную стенку при пальпации на высоте вдоха;
3. **Мэрфи** - произвольная задержка дыхания на вдохе при пальпации этой области;
4. **Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом)** - болезненность при надавливании пальцем правой надключичной ямки между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

**II. Общие симптомы** обусловлены развитием у больного интоксикационного синдрома: тошнота и повторная рвота, повышение температуры тела.

### **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.
- бактериологическое исследование перитонеального экссудата;
- гистологическое исследование

#### **Дополнительные:**

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

#### **Инструментальные исследования :**

##### **Основные:**

- УЗИ брюшной полости;
- ЭКГ;
- Обзорная рентгенография органов брюшной полости;
- Обзорная рентгенография органов грудной клетки;

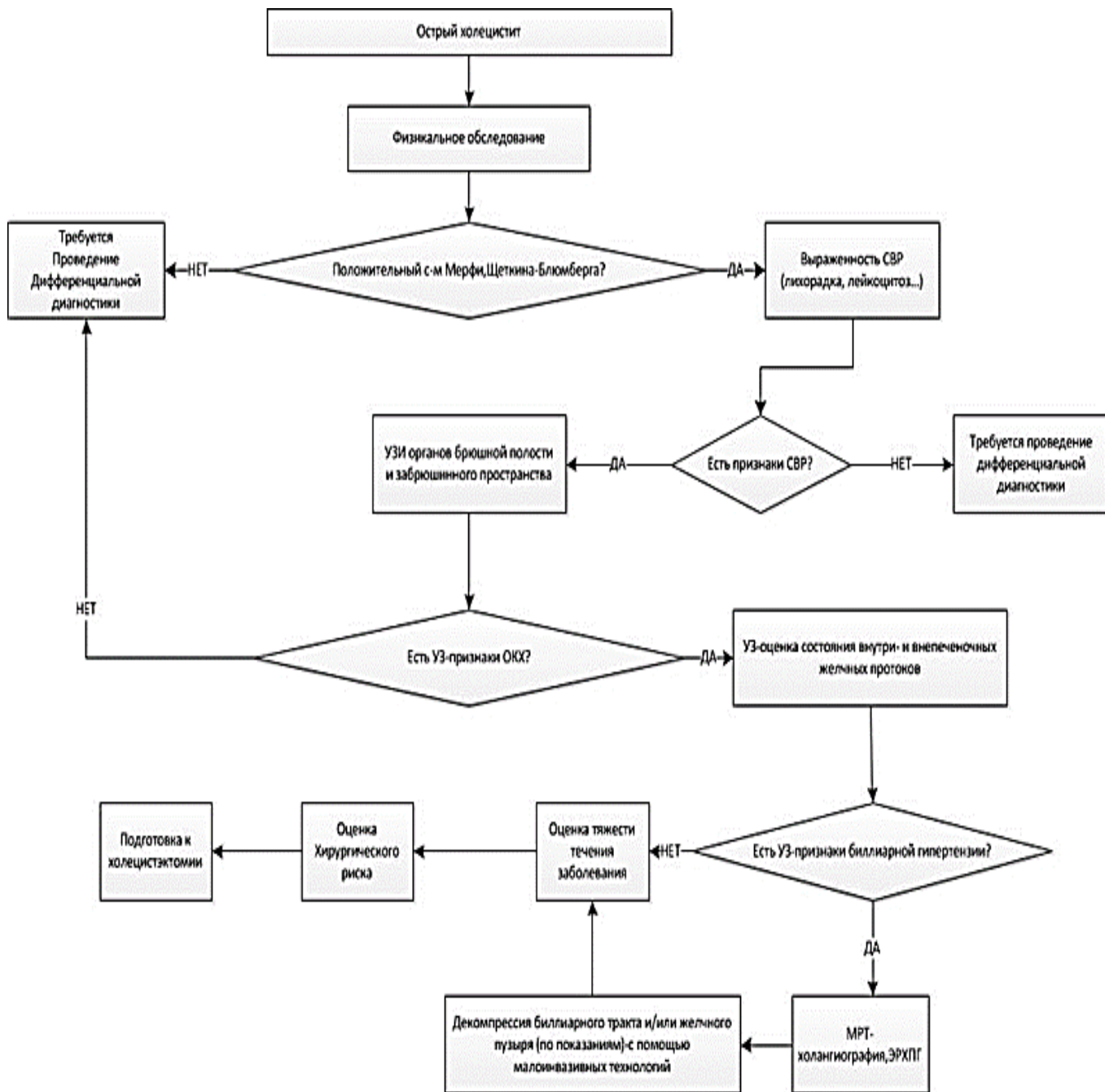
##### **Дополнительные:**

- ЭФГДС;
- КТ органов брюшной полости;
- МРТ (МРХПГ) желчных путей;
- Интраоперационная холангиография;
- Ретроградная холангиопанкреатикография;
- Диагностическая лапароскопия.

##### **Показания для консультаций специалистов:**

- **консультация реаниматолога** – при тяжелом течении ОХ;
- **консультация анестезиолога** – при необходимости оперативного вмешательства, а также согласование тактики ведения предоперационного периода;
- **консультация терапевта** – верификация и согласование лечения сопутствующей соматической патологии;
- **консультация специалистов другого профиля** - при наличии соответствующей сопутствующей патологии.

#### **Диагностический алгоритм:**



**Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:**  
**Таблица.3**

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Острый холангит	Клинико-лабораторные симптомы	МРТ - внутривнутрипротоковое гнойное содержимое с низкой интенсивностью на T2взвешенном режиме и(или) средней интенсивности на T2взвешенном	Триада Шарко (Charcot) -лихорадка с ознобом, желтуха и абдоминальная боль. Вся триада признаков наблюдается у 50%-70% пациентов с холангитом.

		режиме с подавлением сигнала от жира.	
Хронический холецистит	Клинико-лабораторные симптомы	Нет специфических тестов. В операционном материале обнаружение атрофии слизистой и фиброз желчного пузыря.	Повторные приступы умеренной интенсивности или хроническая болезненность при крупных конкрементах
Язвенная болезнь	Клинико-лабораторные симптомы	Эндоскопическое исследование-ФЭГДС.	Жгучая боль в животе, которая возникает спустя час после еды или на голодный желудок. Часто является причиной пробуждения пациента ночью. Боль уменьшается при приеме пищи.
Острый панкреатит	Клинико-лабораторные симптомы	Утроенное или больше повышение амилазы. КТ - признаки воспаления поджелудочной железы	Боль в эпигастрии или параумбиликальной области с радиацией в спину. Экхимозы в периумбиликальной области или боковых областях свидетельствуют о тяжелом панкреатите.
Гемолитический криз при серповидноклеточной анемии	Клинико-лабораторные симптомы	В анализе крови - серповидные клетки, появление гемоглобина S или C.	Ассоциирован с ЖКБ. Боль может локализоваться в любой области живота (включая правое подреберье), которая не связана с желчным пузырем.
Острый аппендицит	Клинико-лабораторные симптомы	КТ - увеличенный червеобразный отросток с утолщенной, уплотненной и слоистой стенкой.	Боль обычно начинается в эпигастрии или параумбиликальной области с последующим перемещением в правую подвздошную область.
Нижнедолевая пневмония справа	Клинико-лабораторные симптомы	Рентгенография - затемнение в нижних отделах правого легкого.	Продуктивный кашель с лихорадкой, аускультативно - бронхиальное дыхание, крепитирующие хрипы, притупление при перкуссии.

Острый коронарный синдром	Клинико-лабораторные симптомы	ЭКГ - признаки ишемии (подъем или депрессия сегмента ST, инверсия зубца Т, блокада левой ножки) В крови - повышение уровня кардиальных энзимов.	Обычно боль за грудиной, сжимающего характера, иррадиирующая в челюсть и левое плечо. Может локализоваться в эпигастрии. В анамнезе могут быть сведения о стенокардии или наличие факторов риска (курение, артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение).
ГЭРБ - гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	Клинико-лабораторные симптомы	Пробное назначение блокаторов протонной помпы купирует или уменьшает симптоматику. ФЭГДС - признаки эзофагита. рН-метрия - показывает высокую кислотность <4.	Изжога после еды, усиливающаяся в положении лежа или при наклонах. Рефлюкс кислого желудочного содержимого или дисфагия.

#### Тактика лечения на амбулаторном уровне:

<https://www.mediasphera.ru/issues/kirurgiya-zhurnal-im-n-i-pirogova/2013/12/030023-12072013123>

<https://www.mediasphera.ru/issues/kirurgiya-zhurnal-im-n-i-pirogova/2015/2/030023-1207201527>

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970425725.html>

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008318/information>

#### Тактика лечения на догоспитальном уровне (СМП, семейные поликлиники).

Ликвидация приступа желчной колики.

Все больные с клинической картиной ОХ подлежат экстренной госпитализации в хирургический стационар.

#### Немедикаментозное лечение:

- Диета: стол №5.
- Режим постельный.

#### Медикаментозное лечение:

1. Спазмолитическая терапия: спазмалгон 5,0мл х 2раза в сутки, раствор платифиллина 0,1%-2,0мл х 2раза в сутки.

2. Инфузионная терапия: раствор глюкозы 5%-400,0мл (либо физиологический раствор 0,9%-400,0мл) +новокаина 0,5%-50мл х 2 раза в сутки

Таблица-4

**Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения): необходимо указать уровни доказанности**

Фармакотерапевтическая группа	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Атропина сульфат М-холиноблокатор	Атропин	п/к или в/м по 0,25 -1 мг (0,25-1 мл)	В <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
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 <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Рингера раствор электролитов баланс восстанавливающее средство.	Рингера раствор	Раствор для инфузий. 500 мл	С <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Плазмозамещающие и перфузионные растворы. Ирригационные растворы. Прочие ирригационные растворы. Декстроза.	(5%) Декстроза	Раствор для инфузий. 500 мл	С <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Омепразол. Ингибиторы протонного насоса.	Омепразол	20-40 мг х 1-2 раза в сутки	А <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>

Анальгин Анальгетики. Анальгетики - антипиретики другие. Пиразолоны. 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 <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Кетонал. Кетопрофен. Нестероидные противовоспалительные средства. Пропионовой кислоты производные.	Кетопрофен	Внутримышечно вводят по одной ампуле (100 мг) один или два раза в день.	В <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Местный анестетик	Новокаин	5 мг/мл (0.5%). Максимальная доза для применения у детей старше 12 лет - 15 мг/кг.	В <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Спазмолитическое средство	Папаверин	При в/м, п/к или в/в введении разовая доза для взрослых составляет 10-20 мг; интервал между введениями - не менее 4 ч. Для пациентов пожилого возраста начальная разовая доза - не более 10 мг.	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>

**Таблица-5**

**Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100 % вероятности применения): необходимо указать уровни доказанности**

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
-	-	-	-

**Хирургическое вмешательство:** нет.

**Показания для госпитализации с учетом видов оказания медицинской помощи:**

При выявлении клинических и лабораторно-инструментальных симптомов «Острого холецистита» больного срочно госпитализируют в хирургическое отделение.

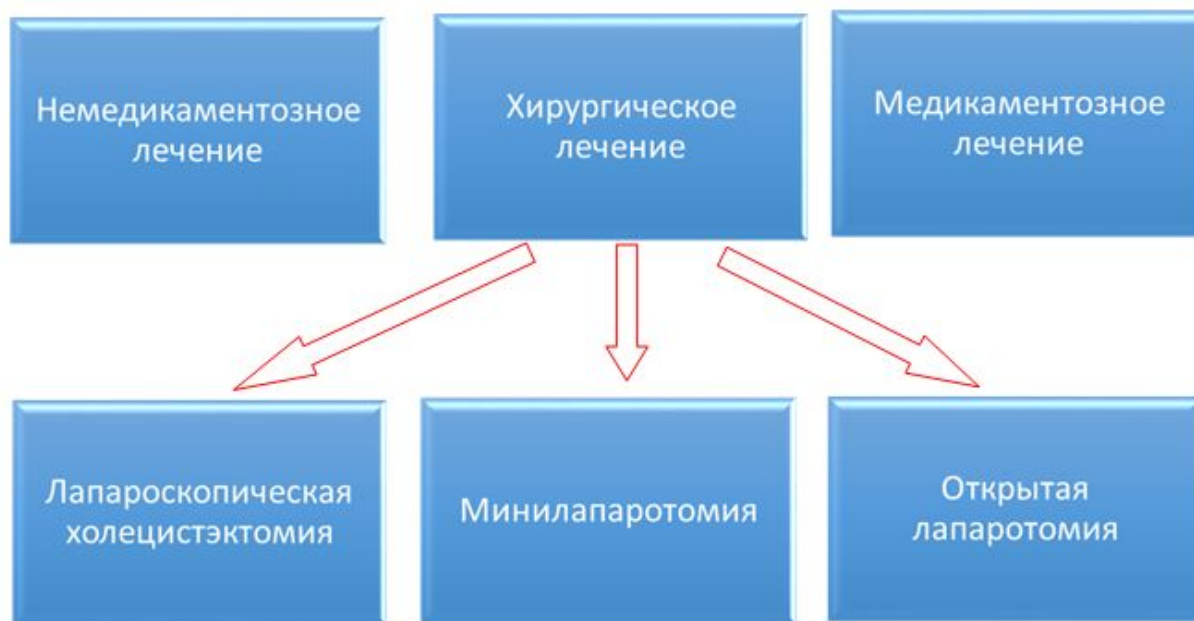
**Тактика лечения на стационарном уровне:**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20166341/>

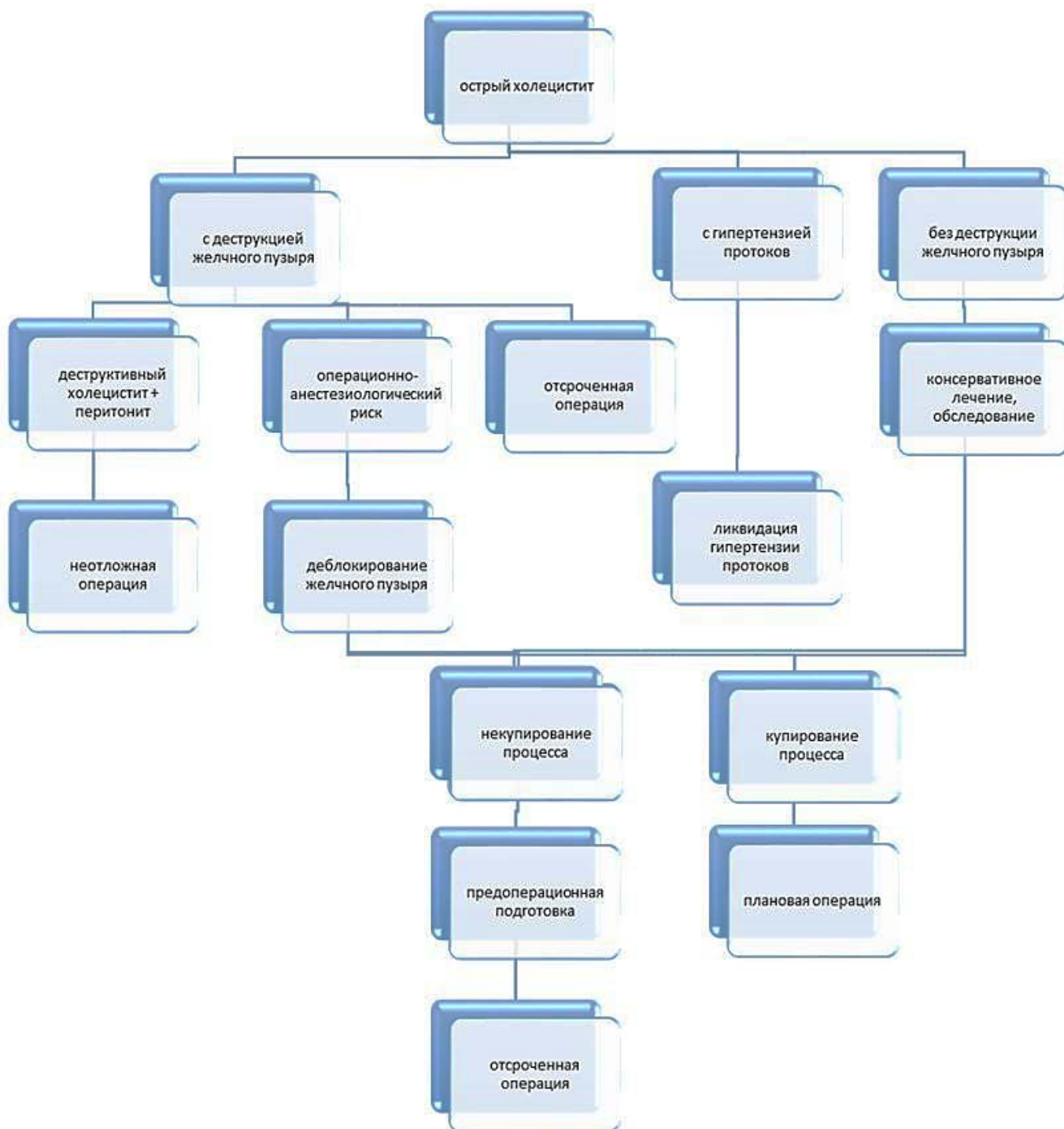
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24197550/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23813477/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6694252/>



Маршрутизация пациентов (схемы, алгоритмы)



У пациентов с ОХ при отсутствии перитонита лечение рекомендуется начинать с консервативного метода, которое в ряде случаев позволяет купировать воспалительный процесс.

**Немедикаментозное лечение:**

- Диета: стол №5.
- Режим постельный.

**Медикаментозное лечение:**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2697889/>

- Спазмолитическая терапия: спазмалгон 5,0мл x 2раза в сутки, раствор платифиллина 0,1%-2,0мл x 2раза в сутки.
- Инфузионная терапия: раствор глюкозы 5%-400,0мл (либо физиологический раствор 0,9%-400,0мл) +новокаина 0,5%-50мл x 2 раза в сутки

**Таблица-6**

**Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения): необходимо указать уровни доказанности**

<b>Фармакотерапевтическая группа</b>	<b>Международное непатентованное наименование лекарственного средства</b>	<b>Способ применения</b>	<b>Уровень доказательности</b>
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 <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoiterapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoiterapii-70</a>
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, максимальная суточная доза - 12 г. Продолжительность лечения устанавливают индивидуально.	А <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoiterapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoiterapii-70</a>
Цефепим Цефалоспорины IV поколения	Цефепим	Режим дозирования устанавливается индивидуально с учетом тяжести течения заболевания. 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	А <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-</a>

		сутки; при угрожающих жизни инфекциях – по 2 г внутривенно каждые 8 часов в течение 7 дней, доводя суточную общую дозу до максимальной – 12 г;	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Метронидазол Противомикробные препараты	Метронидазол	Разовая доза составляет 500 мг, Интервал между введениями – 8 часов. Длительность курса лечения определяется индивидуально. Максимальная суточная доза – не более 4 г.	В <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Ципрофлоксацин Противомикробные препараты	Ципрофлоксацин	Внутривенно 500 мг 1-2 раза в сутки 7-14 дней; Максимальная разовая доза – 500мг, максимальная суточная доза – 1000мг.	А <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Левифлоксацин Противомикробные препараты	Левифлоксацин	Внутривенно 500 мг 1-2 раза в сутки 7-14 дней; Максимальная разовая доза – 500мг, максимальная суточная доза – 1000мг.	А <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
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 <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Амикацин Аминогликозидные антибактериальные препараты.	Амикацин	Внутримышечно, внутривенно (струйно, в течение 2 мин или капельно), по 5 мг/кг каждые 8 ч 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-	А <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>

		7 дней, при внутримышечном - 7-10 дней. Внутривенно амикацин вводится капельно в течение 30-60 мин, в случае необходимости – струйно.	
Атропина сульфат М-холиноблокатор	Атропин	п/к или в/м по 0,25 -1 мг (0,25-1 мл	В <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Флуконазол-СВС Противогрибковое средство для системного применения. Производные триазола. Флуконазол.	Флуконазол	150 мг (3 капсулы) один раз в неделю	В <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
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 <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Рингера раствор электролитов баланс восстанавливающее средство.	Рингера раствор	Раствор для инфузий. 500 мл	С <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Плазмозамещающие и перфузионные растворы. Ирригационные растворы. Прочие ирригационные	(5%) Декстроза	Раствор для инфузий. 500 мл	С <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>

растворы. Декстроза.			
Омепразол. Ингибиторы протонового насоса.	Омепразол	20-40 мг x 1-2 раза в сутки	А <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Анальгин Анальгетики. Анальгетики - антипиретики другие. Пиразолоны. 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 <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Кетонал. Кетопрофен. Нестероидные противовоспалит ельные средства. Пропионовой кислоты производные.	Кетопрофен	Внутримышечно вводят по одной ампуле (100 мг) один или два раза в день.	В <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Местный анестетик	Новокаин	5 мг/мл (0.5%). Максимальная доза для применения у детей старше 12 лет - 15 мг/кг.	В <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Антикоагулянт прямого действия - гепарин среднемолекуля рный	Гепарин	Р-р д/в/в и п/к введения 5000 МЕ/1 мл: фл. При подкожном введении малых доз (5000 МЕ 3-4 раза в день) для профилактики тромбообразования регулярного контроля АЧТВ требуется, как как оно увеличивается незначительно.	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Спазмолитическ ое средство	Папаверин	При в/м, п/к или в/в введении разовая доза для взрослых составляет 10-20 мг; интервал между введениями - не менее 4 ч. Для пациентов пожилого	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-</a>

		возраста начальная разовая доза - не более 10 мг.	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Анальгетическое наркотическое средство	Промедол (тримеперидин)	Р-р д/инъекц. 2% (20 мг/1 мл). от 0.01 г до 0.04 г (от 1 мл 1% раствора до 2 мл 2% раствора). Во время наркоза дробными дозами препарат вводят в/в по 0.003–0.01 г.	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Блокатор гистаминовых H1-рецепторов. Противоаллергический препарат	Димедрол	Р-р д/в/в и в/м введения 10 мг/мл: амп. В/в или глубоко в/м назначают взрослым и детям старше 14 лет в разовой дозе 10-50 мг, максимальная суточная доза - 200 мг.	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Прокинетик, противорвотное средство	Метоклопрамид 5–10 мг/2-4 мл	внутри, в/м, в/в	<b>В</b> <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Антисептик, для обработки кожных покровов и дренажных систем	Повидон – йод 10% раствор	наружно	<b>В</b> <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Антисептик	Хлоргексидин 0,05% водный раствор	наружно	<b>А</b> <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Антисептик	Этанол 70% раствор	наружно	<b>А</b> <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>

			<a href="https://lex.uz/docs/6590074">xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Антисептик	Перекись водорода 3% раствор	наружно	В <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>

**Таблица-7**

**Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100 % вероятности применения): необходимо указать уровни доказанности**

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Гемостатический препарат	Этамзилат, раствор для инъекции 12,5%-2 мл	в/м, в/в, за час до операции 250-500 мг	В <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Петлевой диуретик	Фуросемид, 20-40 мг, раствор для инъекции 1%-2 мл	в/в, внутрь	А <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Спазмолитик миотропного действия	Аминофиллин, 0,12-0,24 г, 5-10 мл, 2,4% раствора	в/в медленно	В <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Альфа и бета адреномиметики	Эпинефрин, раствор для	в/в, п/к, в/м в/в медленно	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru">https://www.rlsnet.ru</a>

	инъекции 0,18%-1 мл	по 0,5 мл в 20 мл 40% раствора глюкозы	<a href="http://library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">u/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
Компоненты крови	Эритроцитная взвесь лейкофильтрованная, по показаниям	в/в капельно	А <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>

## Хирургическое вмешательство

При неэффективности консервативного лечения в ближайшие 12-24 часа и при появлении клинических признаков раздражения брюшины, клинических и ультразвуковых признаков деструктивного холецистита – в срочном порядке лапароскопическая или традиционная холецистэктомия.

Показаниями к проведению экстренной операции (выполняется в первые 4-6 часов с момента поступления больного в стационар) являются все формы деструктивного холецистита с явлениями местного или разлитого перитонита.

Предоперационная подготовка: промывание желудка перед экстренной операцией, кратковременная инфузионная терапия.

Профилактика тромбоэмболических и инфекционных осложнений. При отсроченной операции накануне очистительная клизма. За 30–40 мин до операции введение антибиотиков цефалоспоринового ряда.

Вид анестезии: оперативные вмешательства по поводу острого холецистита производят в условиях эндотрахеального наркоза с миорелаксацией. Другие методы анестезии могут быть избраны у лиц старческого возраста или у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Этот вопрос решают индивидуально с участием анестезиолога.

Выбор способа оперативного вмешательства.

Методом выбора является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). При наличии противопоказаний к ЛХЭ рекомендуется холецистэктомия традиционным способом.

**Этапы выполнения лапароскопической холецистэктомии (рис.1.44).**

### 1. Наложение пневмоперитонеума.

Первым шагом при выполнении лапароскопической холецистэктомии является наложение пневмоперитонеума. Признаками пневмоперитонеума являются растяжение брюшной стенки и отсутствие печеночной тупости при

перкуссии. Внутрибрюшное давление во время операции должно быть не выше 12 мм.рт.ст.

## **2. Холецистэктомия**

После осмотра брюшной полости начинается собственно операция. Пациент переводится в положение Фовлера под углом 20-30 градусов и поворачивается немного на левый бок. Первый ассистент захватывает дно желчного пузыря при помощи атравматического зажима, введенного через наиболее латеральный 5 мм троакар, и поднимает желчный пузырь вверх, одновременно перемещая его по направлению к диафрагме. Затем в брюшную полость вводится второй зажим через троакар, установленный по среднеключичной линии. Желчный пузырь оттягивается кверху и в сторону от печеночно-двенадцатиперстной связки, в результате виден треугольник Кало.

При помощи электрокоагуляции вскрывают брюшину над пузырным протоком. Используя изогнутый диссектор, введенный через рабочий порт, хирург начинает препаровку тканей тупым способом в области треугольника Кало. Пузырный проток выделяют, главным образом, тупым способом. Особое внимание нужно уделять выявлению места соединения пузырного протока и желчного пузыря. Препаровку тканей необходимо выполнять как с медиальной, так и с латеральной стороны от места перехода желчного пузыря в пузырный проток. Нежелательно и небезопасно выполнять препаровку тканей у устья пузырного протока. Как только пузырный проток выделен, на него накладывают клипсы сразу же дистальнее от стенки желчного пузыря в количестве 2/1 и пересекают пузырный проток ножницами, оставляя две клипсы на проксимальном участке пузырного протока. Как только пузырная артерия выделена, на нее накладывают 3 клипсы (2/1) и пересекают, оставляя две клипсы на проксимальном участке артерии. Затем отделяют желчный пузырь от печеночного ложа с использованием электрокоагуляции. Препаровку начинают от шейки желчного пузыря и продолжают вверх вдоль поверхности печени, открывая ложе желчного пузыря и подпеченочное пространство. Желчный пузырь затем подтягивается и полностью отделяется от печени. Холецистэктомия. Желчный пузырь удерживают зажимами, введенными через 5 мм троакары. Желчный пузырь удаляется введенными через 10 мм эпигастральный троакар.

После того, как желчный пузырь удален из брюшной полости, убирают пневмо-перитонеум через троакары, которые затем также удаляют. Разрез в апоневрозе ушивают отдельными нерассасывающимися швами, а на кожный разрез накладывают накладывающиеся узловы швы.

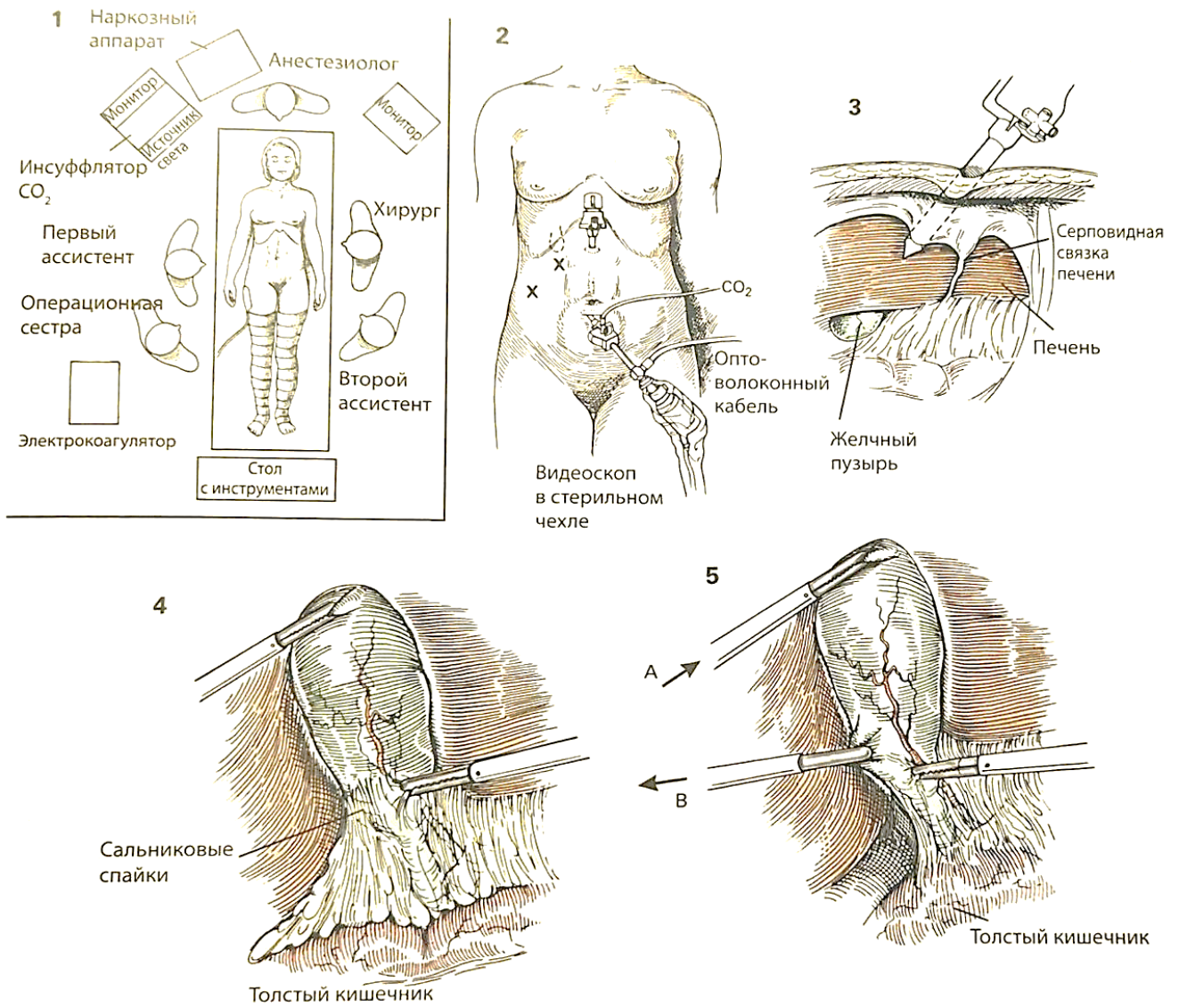


Рис. 1.44. Этапы выполнения лапароскопической холецистэктомии:  
 1,2,3 – зона установления троакаров;  
 4,5 – тракция желчного пузыря кверху и латерально от печеночно-двенадцатиперстной связки.

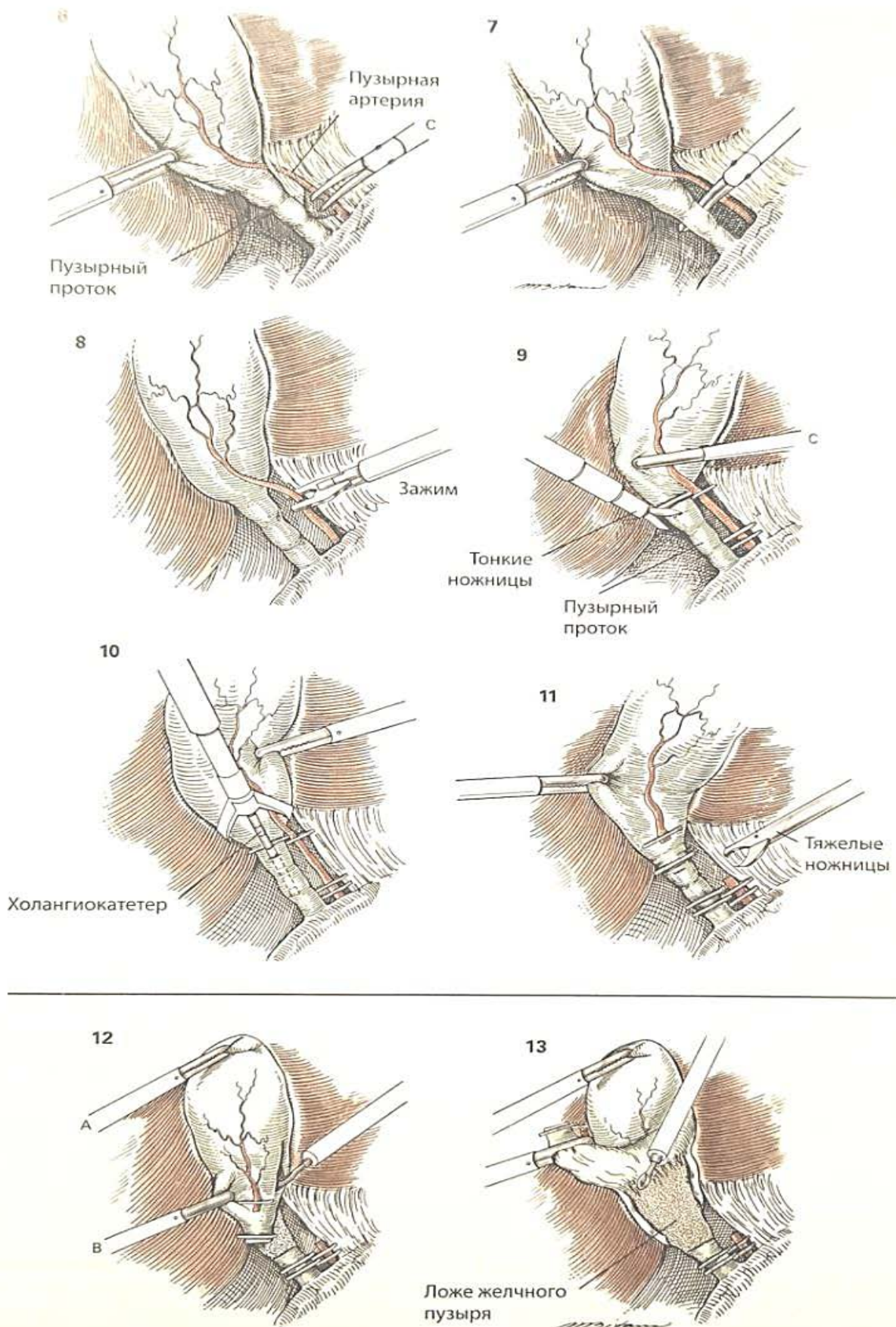


Рис. 1.45. Этапы выполнения лапароскопической холецистэктомии:  
 6 – вскрытие брюшины над пузырным протоком; 7 – выделение пузырного протока и  
 пузырной артерии; 8, 9 – наложение клипсы на пузырную артерию; 11 – наложение клипсы на  
 пузырный проток; 12, 13 – выделение желчного пузыря от печеночного ложа.

## **Существуют следующие способы выполнения традиционной холецистэктомии:**

- 1) удаление желчного пузыря от дна к шейке;
- 2) удаление желчного пузыря от шейки ко дну;
- 3) холецистэктомия комбинированным способом.

### **Этапы выполнения традиционной холецистэктомии.**

Удаление желчного пузыря от дна к шейке:

1. Верхне-срединная лапаротомия.
2. Разъединение сращений между пузырем и окружающими органами.
3. Осмотр и ощупывание желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков с целью выявления камней, рубцовых сужений и опухолей. При необходимости для полной уверенности в проходимости внепеченочных желчных протоков производят в операционной холангиографию. С этой целью пунктируют желчный пузырь или общий желчный проток и вводят 8-10 мл 50-70% кардиотраста или 30% йодолипола.

Операционное поле закрывают стерильной салфеткой и сразу же после введения контраста в желчные пути производят рентгенографию.

4. Брюшную полость отгораживают четырьмя марлевыми салфетками. Первую салфетку вводят в сальниковое отверстие, вторую - в правый боковой канал, третью - в преджелудочную и предсальниковую сумки и четвертую - в пространство между печенью и диафрагмой.

5. Выделение желчного пузыря. Окончатым зажимом захватывают дно пузыря и рассекают серозную оболочку, отступя на 1,5 см от места перехода брюшины с печени на желчный пузырь. Потягивая за окончательный зажим, желчный пузырь тупо выделяют из его ложа в печени по направлению от дна к шейке, перевязывая сосуды, идущие от печени к пузырю. Если возникает опасность вскрытия пузыря, предварительно производят пункцию и удаляют его содержимое. После выделения пузыря из ложа печени рассекают брюшину над шейкой, а затем выделяют ее из окружающей клетчатки.

6. Перевязка пузырной артерии. Изолированно перевязывают основной ствол пузырной артерии, который чаще располагается слева и кзади от пузырного протока. Для более удобного обнажения пузырной артерии следует оттянуть пузырь вниз и вправо. Во избежание захватывания в лигатуру правой ветви собственной печеночной артерии перевязку общего ствола пузырной артерии производят сразу же выше ее деления на конечные ветви.

7. Выделение пузырного протока. Рассекая брюшину по свободному краю печеночно-двенадцатиперстной связки и, отступя на 1-1,5 см от места впадения его в общий желчный проток, пережимают двумя изогнутыми зажимами и пересекают. После удаления желчного пузыря культю протока смазывают настойкой йода и прошивают под зажимом шелковой нитью, концы которой завязывают сначала с одной, а затем с другой стороны. Ниже первой лигатуры накладывают вторую лигатуру.

8. Обработка ложа пузыря. Перитонизируют культю пузырного протока и ложе пузыря, сшивая края брюшины рассасывающим швом. При флегмонозном

или гангренозном холецистите ложе желчного пузыря не перитонизируют, а подводят к нему марлевые тампоны и дренажную трубку. Закончив перитонизацию ложа желчного пузыря, тщательно осушивают брюшную полость от сгустков крови и проверяют, нет ли кровотечения из печени.

9. Дренирование брюшной полости. Брюшная полость дренируется одной трубкой длиной 30-40 см, которая подводится к культе пузырного протока и ложу желчного пузыря.

#### **Удаление желчного пузыря от шейки ко дну:**

1. Выделение желчного пузыря от шейки. При удалении желчного пузыря этим способом для лучшего контурирования желчного протока следует захватить желчный пузырь ближе к шейке окончатым зажимом Люэра и несколько натянуть его и рассекают ее на протяжении 2—4 см. Крайя рассеченной брюшины захватывают зажимом и тупфером или диссектором осторожно выделяют со всех сторон пузырный проток до места впадения его в общий желчный проток.

2. Перевязка и пересечение пузырного протока. Пузырный проток пересекают между двумя зажимами, наложенными на 1—1,5 см от места впадения его в общий желчный проток. Перевязку протока и обработку его культи производят так же, как и при выделении пузыря от дна к шейке.

3. Перевязка пузырной артерии. Для облегчения этого этапа операции пузырную часть протока подтягивают книзу и кпереди. Сосуды перевязывают или изолированно, или, чаще, вместе с листками брюшины.

4. Выделение желчного пузыря из ложа. После этого брюшину, покрывающую желчный пузырь, рассекают с одной и другой стороны, отступя на 1,5 см от места перехода ее на печень. Брюшину сдвигают к печени и частично тупо, частично остро выделяют желчный пузырь и удаляют его. Перитонизацию ложа пузыря производят так же, как описано выше.

#### **Интраоперационные и послеоперационные осложнения**

Наиболее тяжелыми интраоперационными осложнениями являются кровотечение и травма желчных протоков. Частота повреждения желчных протоков составляет от 36 до 47 повреждений на 10000 пациентов при лапароскопической операции и от 19 до 29 случаев на 10000 пациентов при лапаротомной операции.

В большинстве публикаций показано, что ранняя ЛХЭ по частоте повреждений желчных протоков существенно не отличается от результатов отсроченных аналогичных операций, выполняемых после купирования приступов, и сопровождается близкой частотой конверсий.

Профилактика интраоперационных осложнений заключается в строгом соблюдении рекомендаций по срокам выполнения операции при ОХ, своевременном переходе (конверсии) с ЛХЭ на минилапаротомный доступ или открытую методику оперирования, тщательном соблюдении техники и правил безопасности выполнения операции.

При выполнении операции ХЭ неподготовленным хирургом прогнозировать риск осложнений невозможно.

- С целью профилактики как интраоперационных, так и системных послеоперационных осложнений, рекомендовано использование современных миниинвазивных методов хирургического лечения.

#### Дальнейшее ведение.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21906722/>

<https://www.mediasphera.ru/issues/khirurgiya-zhurnal-im-n-i-pirogova/2013/12/030023-12072013123>

- 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;
- 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 сутки при миnilапаротомии, 6-8 сутки 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;

#### 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.

#### Организационные аспекты протокола:

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

2) данные экспертов (специалистов республики и зарубежных стран);

Пересмотр протокола целесообразно произвести через каждые 5 лет после его разработки.

4) список использованной литературы (необходимы ссылки на перечисленные источники в тексте протокола).

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Gutt CN, Encke J, Köninger J, et al (Acute Cholecystitis: Early Versus Delayed Cholecystectomy, A Multicenter Randomized Trial // *Ann Surg.* 2013; 258: p. 385–393.
2. Gomi H, Solomkin JS, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Yoshida M, et al. Tokyo Guideline Revision Committee. TG13 antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013;20(1):60–70.
3. Hwang H, Marsh I, Doyle J. Does ultrasonography accurately diagnose acute cholecystitis? Improving diagnostic accuracy based on a review at a regional hospital. *Can J Surg.* 2014;57:162–8.
4. Keus, F. Open, small-incision, or laparoscopic cholecystectomy for patients with symptomatic cholecystolithiasis. An overview of Cochrane Hepato-Biliary Group reviews / F. Keus, G.G. Hein // *Cochrane*
5. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Холецистит у больных высокого риска. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова* 2013; 12: 18-23.
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. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Возможности улучшения результатов лечения острого холецистита. // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2015. № 2. С. 50-55.
8. Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD008318. DOI: 10.1002/14651858.CD008318.
9. Barak O, Elazary R, Appelbaum L, et al. Conservative treatment for acute cholecystitis: clinical and radiographic predictors of failure. *Isr Med Assoc J.* 2009;11:739-743.]
10. Cull JD, Velasco JM, Czubak A, Rice D, Brown EC. Management of acute cholecystitis: prevalence of percutaneous cholecystostomy and delayed cholecystectomy in the elderly. *J Gastrointest Surg.* 2014;18:328–33.
11. Gurusamy KS, Davidson C, Gluud C, Davidson BR. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for people with acute cholecystitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013, Issue 6. Art.No.: CD005440.
12. Sung YK, Lee JK, Lee KH, Lee KT, Kang C-I. The clinical epidemiology and outcomes of bacteremic biliary tract infections caused by antimicrobial-resistant pathogens. *Am J Gastroenterol.* 2012;107:473–483.
13. Winbladh A, Gullstrand P, Svanvik J, Sandstrom P. Systematic review of cholecystostomy as a treatment option in acute cholecystitis. *HPB (Oxford).* 2009;11:183–193.
14. Edward A. McGillicuddy, M.D. Kevin M. Schuster, M.D. Elliott Brown, M.D. Mark W. Maxfield, M.D. Kimberly A. Davis, M.D. Walter E. Longo, M.D. Acute cholecystitis in the elderly: use of computed tomography and correlation with ultrasonography *The American Journal of Surgery* Volume 202, Issue 5 , Pages 524-527, November 2011
15. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Холецистит у больных высокого риска. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова* 2013; 12: 18-23.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОТОКОЛ  
МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО  
НОЗОЛОГИИ «ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ»**

**ТАШКЕНТ – 2025**

## 1. Вводная часть

	МКБ-10	МКБ-11
Код	<b>K81.0. Острый холецистит</b>	<b>DC11-DC12. Острый холецистит</b>
Ссылка	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=10399">https://mkb-10.com/index.php?pid=10399</a>	<a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2071113448">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2071113448</a>

## 2. Основная часть

**Введение.** Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей — распространенная патология внутренних органов. ЖКБ страдают до 20% взрослого населения развитых стран. Число больных с заболеваниями желчевыводящих путей вдвое превышает число лиц, страдающих гастродуоденальной язвенной болезнью. В последние годы заболеваемость острым холециститом в стране возросла в 5 раз

**Определение.** Острый холецистит (ОХ) – острое воспаление желчного пузыря, вызванное обтурацией пузырного протока, в основном камнем, что приводит к застою, инфицированию желчи, гипертензии в желчном пузыре, деструкции его стенки и развитию перитонита.

Основной причиной возникновения острого воспаления и некробиотических процессов в стенке ЖП является повышение внутрипузырного давления до 200-300 мм вод. ст. Как правило (90 -95%), оно возникает из-за нарушения оттока желчи и воспалительного экссудата из желчного пузыря (ЖП) в результате обтурации камнем, комочком слизи или желчным шламмом и др. В патогенезе заболевания (острого воспаления) важное значение придают лизолецитину (конвертируется из лецитина желчи фосфолипазой А, высвобождающейся при травме слизистой ЖП) и повышенной продукции простагландинов Е и F1а.

**Классификация.** Классификация (по этиологии, стадиям).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24022431/>  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29090866/>

В основе классификаций ОХ, как правило, лежит клинико-морфологический принцип – зависимость клинических проявлений заболевания от патологоанатомических изменений в ЖП, брюшной полости и характера изменений во внепеченочных желчных протоках В 2007 г. Токийским соглашением по острому холециститу в классификационные принципы была добавлена тяжесть течения заболевания. Суммируя все имеющиеся предложения по вопросам классификации ОХ, можно условно выделить основные их принципы

**Легкая степень (grade I).** Пациентам назначаются пероральные антибиотики, в случае наличия признаков инфекции по клинико-лабораторным данным. Нестероидные противовоспалительные средства (Диклофенак) 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.

### **Классификация острого холецистита (Прудков М.Э., 2007 г.).**

**По патогенезу:** обтурационный, ферментативный, сосудистый.

**По этиологии:** калькулезный и бескаменный.

#### **Клинико-морфологические формы:**

5. Катаральный.
6. Флегмонозный.
7. Гангренозный.
8. Перфоративный.

#### **Осложнения:**

4. **Гепатопанкреатобилиарная зона:** механическая желтуха, синдром Мириззи, холедохолитиаз, холангит, внутренние билиодигестивные свищи, острый билиарный панкреатит.
5. **Брюшная полость:** перитонит – отграниченный (инфильтрат, абсцесс), неотграниченный (местный, диффузный, разлитой), по форме воспаления (серозный, серозно-фибринозный, желчный, фибринозно-гнойный, гнойный), по стадиям (реактивная, токсическая, терминальная).
6. **Общие:** сепсис, пневмония, органные и системные дисфункции.

#### **Методы, подходы и процедуры диагностики.**

- 1) **цель проведения процедуры или вмешательства:** устранение острого холецистита и его осложнений.
- 2) **противопоказания к процедуре или вмешательству:** противопоказаний нет.
- 3) **показания к процедуре или вмешательству:** при остром холецистите
- 4) **требования к специалисту, проводящему процедуру или вмешательство:** Специалист должен иметь диплом УАШ и специальность по общей хирургии или интенсивной терапии, неотложной медицине.

## **5) перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий в подготовке к процедуре или вмешательству:**

Клиническая картина острого холецистита характеризуется такими основными признаками, как боль, наличие местных симптомов и общих расстройств, связанных с развитием гнойной интоксикации.

### **Боль. Характеристики:**

**локализация:** в правом подреберье

**интенсивность:** сильная и постоянная боль, интенсивность которой по мере прогрессирования заболевания нарастает.

**иррадиация:** характерна иррадиацией в правую надключичную область, плечо или лопатку. Иногда боли иррадируют в область сердца, что может расцениваться как приступ стенокардии (холецистокоронарный синдром С.П.Боткина).

**купирование:** на фоне спазмолитиков уменьшение интенсивности болей вплоть до полного купирования

**I. Специфические признаки острого холецистита (местные «пузырные» симптомы):**

**Грекова-Ортнера** - болезненность при поколачивании правой реберной дуги ребром кисти;

**Кера** - боль в области проекции желчного пузыря на переднюю брюшную стенку при пальпации на высоте вдоха;

**Мэрфи** - произвольная задержка дыхания на вдохе при пальпации этой области;

**Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом)** - болезненность при надавливании пальцем правой надключичной ямки между ножками грудиноключично-сосцевидной мышцы.

**II. Общие симптомы** обусловлены развитием у больного интоксикационного синдрома: тошнота и повторная рвота, повышение температуры тела.

**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.
- бактериологическое исследование перитонеального экссудата;
- гистологическое исследование

#### **Дополнительные:**

- определение С-реактивного белка;

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

#### **Инструментальные исследования :**

##### **Основные:**

- УЗИ брюшной полости;
- ЭКГ;
- Обзорная рентгенография органов брюшной полости;
- Обзорная рентгенография органов грудной клетки;

##### **Дополнительные:**

- ЭФГДС;
- КТ органов брюшной полости;
- МРТ (МРХПГ) желчных путей;
- Интраоперационная холангиография;
- Ретроградная холангиопанкреатикография;
- Диагностическая лапароскопия.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24869607/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20091665/>

#### **. б) требования к проведению процедуры или вмешательства: описываются условия для проведения процедуры или вмешательства:**

процедура должна проводиться в Республиканском научной центре экстренной медицинской помощи и его филиалах/многопрофильном стационаре/межрайонных центрах/субфилиалах РНЦЭМП в отделениях реанимации и хирургии

#### **7) требования к подготовке пациента а также непосредственная методика проведения процедуры (вмешательства):**

– Больным острым холециститом не требуется подготовка к интенсивной терапии, которая начинается с момента поступления больного в стационар.

#### **Тактика лечения на догоспитальном уровне (СМП, семейные поликлиники).**

Ликвидация приступа желчной колики.

Все больные с клинической картиной ОХ подлежат экстренной госпитализации в хирургический стационар.

#### **Медикаментозное лечение:**

Спазмолитическая терапия: спазмалгон 5,0мл х 2раза в сутки, раствор платифиллина 0,1%-2,0мл х 2раза в сутки.

Инфузионная терапия: раствор глюкозы 5%-400,0мл (либо физиологический раствор 0,9%-400,0мл) +новокаина 0,5%-50мл х 2 раза в сутки

**Хирургическое вмешательство:** нет.

<https://www.mediasphera.ru/issues/khirurgiya-zhurnal-im-n-i-pirogova/2013/12/030023-12072013123>

<https://www.mediasphera.ru/issues/khirurgiya-zhurnal-im-n-i-pirogova/2015/2/030023-1207201527>

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970425725.html>

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008318/information>

#### **Показания для госпитализации с учетом видов оказания медицинской помощи:**

При выявлении клинических и лабораторно-инструментальных симптомов «Острого холецистита» больного срочно госпитализируют в хирургическое отделение.

### **Тактика лечения на стационарном уровне:**

У пациентов с ОХ при отсутствии перитонита лечение рекомендуется начинать с консервативного метода, которое в ряде случаев позволяет купировать воспалительный процесс.

#### **Медикаментозное лечение:**

- Спазмолитическая терапия: спазмалгон 5,0мл x 2раза в сутки, раствор платифиллина 0,1%-2,0мл x 2раза в сутки.
- Инфузионная терапия: раствор глюкозы 5%-400,0мл (либо физиологический раствор 0,9%-400,0мл) +новокаина 0,5%-50мл x 2 раза в сутки

#### **Хирургическое вмешательство**

При неэффективности консервативного лечения в ближайшие 12-24 часа и при появлении клинических признаков раздражения брюшины, клинических и ультразвуковых признаков деструктивного холецистита – в срочном порядке лапароскопическая или традиционная холецистэктомия.

Показаниями к проведению экстренной операции (выполняется в первые 4-6 часов с момента поступления больного в стационар) являются все формы деструктивного холецистита с явлениями местного или разлитого перитонита.

Предоперационная подготовка: промывание желудка перед экстренной операцией, кратковременная инфузионная терапия.

Профилактика тромбоэмболических и инфекционных осложнений.

При отсроченной операции накануне очистительная клизма. За 30–40 мин до операции введение антибиотиков цефалоспоринового ряда.

Вид анестезии: оперативные вмешательства по поводу острого холецистита производят в условиях эндотрахеального наркоза с миорелаксацией. Другие методы анестезии могут быть избраны у лиц старческого возраста или у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Этот вопрос решают индивидуально с участием анестезиолога.

Выбор способа оперативного вмешательства.

Методом выбора является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). При наличии противопоказаний к ЛХЭ рекомендуется холецистэктомия традиционным способом.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20166341/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24197550/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23813477/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6694252/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2697889/>

### **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.

### Организационные аспекты протокола:

1) указание на отсутствие конфликта интересов;

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

2) данные эксперта (специалиста республики и зарубежной страны)

Мадиев Р.З. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры экстренной медицинской помощи Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников

3) указание условий пересмотра протокола (пересмотр протокола через 3 или 5 лет после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности)

Пересмотр протокола целесообразно произвести через каждые 5 лет после его разработки.

4) список использованной литературы (необходимы ссылки валидные исследования на перечисленные источники в тексте протокола).

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Gutt CN, Encke J, Köninger J, et al (Acute Cholecystitis: Early Versus Delayed Cholecystectomy, A Multicenter Randomized Trial // *Ann Surg.* 2013; 258: p. 385–393.

2. Gomi H, Solomkin JS, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Yoshida M, et al. Tokyo Guideline Revision Committee. TG13 antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013;20(1):60–70.

3. Hwang H, Marsh I, Doyle J. Does ultrasonography accurately diagnose acute cholecystitis? Improving diagnostic accuracy based on a review at a regional hospital. *Can J Surg.* 2014;57:162–8.

4. Keus, F. Open, small-incision, or laparoscopic cholecystectomy for patients with symptomatic cholelithiasis. An overview of Cochrane Hepato-Biliary Group reviews / F. Keus, G.G. Hein // *Cochrane*

5. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Холецистит у больных высокого риска. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова* 2013; 12: 18-23.

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. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Возможности улучшения результатов лечения острого холецистита. // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2015. № 2. С. 50-55.

8. Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD008318. DOI: 10.1002/14651858.CD008318.

9. Barak O, Elazary R, Appelbaum L, et al. Conservative treatment for acute cholecystitis: clinical and radiographic predictors of failure. *Isr Med Assoc J.* 2009;11:739-743.]

10. Cull JD, Velasco JM, Czubak A, Rice D, Brown EC. Management of acute cholecystitis: prevalence of percutaneous cholecystostomy and delayed cholecystectomy in the elderly. *J Gastrointest Surg.* 2014;18:328–33.

11. Gurusamy KS, Davidson C, Gluud C, Davidson BR. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for people with acute cholecystitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013, Issue 6. Art.No.: CD005440.
12. Sung YK, Lee JK, Lee KH, Lee KT, Kang C-I. The clinical epidemiology and outcomes of bacteremic biliary tract infections caused by antimicrobial-resistant pathogens. *Am J Gastroenterol.* 2012;107:473–483.
13. Winbladh A, Gullstrand P, Svanvik J, Sandstrom P. Systematic review of cholecystostomy as a treatment option in acute cholecystitis. *HPB (Oxford).* 2009;11:183–193.
14. Edward A. McGillicuddy, M.D. Kevin M. Schuster, M.D. Elliott Brown, M.D. Mark W. Maxfield, M.D. Kimberly A. Davis, M.D. Walter E. Longo, M.D. Acute cholecystitis in the elderly: use of computed tomography and correlation with ultrasonography *The American Journal of Surgery* Volume 202, Issue 5 , Pages 524-527, November 2011
15. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Холецистит у больных высокого риска. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова* 2013; 12: 18-23.