



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства по скорой медицинской помощи

Скорая медицинская помощь при остром холецистите

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **СМП52**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Российское общество скорой медицинской помощи**

Авторы:

Кабанов Максим Юрьевич – профессор, начальник кафедры военно-морской хирургии, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова.

Яковлева Диана Михайловна - к.м.н., научный сотрудник отдела «Неотложной хирургии» НИИ СП им. И.И. Джанелидзе.

Дегтярев Денис Борисович – к.м.н., врач - эндоскопист кафедры военно-морской хирургии, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова.

Семенцов Константин Валерьевич – к.м.н., преподаватель кафедры военно-морской хирургии, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова.

Лычев Алексей Борисович – начальник отделения онкологии кафедры военно-морской хирургии, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова.

Дымников Денис Александрович – к.м.н., преподаватель кафедры военно-морской хирургии, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова.

Краденов Алексей Владимирович – врач – хирург по оказанию экстренной медицинской помощи операционного блока №2. НИИ СП им. И.И. Джанелидзе.

Острый холецистит — это острое воспаление желчного пузыря. **Острый калькулезный холецистит** – это воспаление, вызванное обтурацией пузырного протока камнем, что приводит к застою, инфицированию желчи, гипертензии в желчном пузыре, деструкции его стенки и перитониту. Острый холецистит может сочетаться с холангитом и панкреатитом. Каждое из этих осложнений имеет свои клинические проявления и требует различной лечебной тактики.

Общие положения: желчнокаменная болезнь занимает первое место в структуре хирургических заболеваний желудочно-кишечного тракта. По данным ВОЗ у каждого четвертого жителя нашей планеты в возрасте от 60 до 70 лет обнаруживаются желчные конкременты, а после 70 лет - у каждого третьего. Доля пожилых пациентов в структуре острого холецистита на сегодняшний день составляет 82%. Наличие возрастных изменений и сопутствующих заболеваний относят этих лиц к категории больных с высоким риском неблагоприятного исхода. Длительное, малосимптомное течение заболевания и поздняя обращаемость пациентов за медицинской помощью часто приводят к развитию осложнений со стороны желчевыводящих путей (холедохолитиаз, холангит, перфорация желчного пузыря).

Целями данных клинических рекомендаций (протоколов) оказания скорой медицинской помощи явились:

- описание объема медицинской помощи, которая должна быть обеспечена пациенту с острым холециститом;
- создание единых норм (протоколов) оказания медицинских услуг (диагностики и лечения);
- обеспечение оказания медицинской помощи с учетом научно-технического прогресса и рациональности использования имеющихся ресурсов.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
К 80.0	Камни желчного пузыря с острым холециститом
К 80.1	Камни желчного пузыря с другим холециститом
К 80.4	Камни желчного протока с холециститом

К 81.0	Острый холецистит
К 81.8	Др. формы холецистита
К 82.0	Закупорка желчного пузыря
К 82.2	Прободение желчного пузыря
К 82.8	Другие уточненные болезни желчного пузыря

Классификация острого холецистита:

I. По причине возникновения:

- Каменный
- Бескаменный
- Паразитарный

II. Клинико-морфологические формы:

- Простой
- Флегмонозный
- Гангренозный
- Перфоративный

III. Осложненный острый холецистит:

- водянка
- эмпиема
- паравезикальный инфильтрат
- паравезикальный абсцесс
- перитонит (неотграниченный и распространенный)
- билиодигестивные свищи
- панкреатит
- холангит
- механическая желтуха
- абсцессы печени
- сепсис

I. Оказание скорой медицинской помощи при остром холецистите на догоспитальном этапе.

1.1. На догоспитальном этапе необходимо особое внимание уделить тщательному **сбору анамнеза**. Когда заболел(а)? Что явилось пусковым механизмом (почти у 100 % больных острая и жирная пища, принятая в чрезмерном количестве)? Заболевание обычно начинается приступом боли в правой подреберной области. Боль иррадирует кверху в правое плечо и лопатку, правую надключичную область. Она сопровождается тошнотой и повторной рвотой. Характерными признаками являются появление ощущения горечи во рту и наличие примеси желчи в рвотных массах. В начальной стадии заболевания боль носит тупой характер, по мере прогрессирования процесса она становится более интенсивной. При этом отмечается повышение температуры тела до 38 °С, иногда бывает озноб. Обязательный сбор эпидемиологического анамнеза – контакт с гепатитом А.

Необходимо выяснить, не обследовался ли пациент ранее, по поводу каких заболеваний получал стационарное или амбулаторное лечение, когда последний раз выполнялась УЗ –

диагностика органов брюшной полости, а также наличие сопутствующих заболеваний, которые могут приводить к развитию острого холецистита (хронический гипoaцидный и анацидный гастрит, лямблиоз, генерализованный атеросклероз). Постановку диагноза облегчает наличие в анамнезе данных о том, что пациент болен желчнокаменной болезнью.

1.2. При физикальном осмотре выявляется учащенный пульс в соответствии с повышением температуры тела. При деструктивном и особенно перфоративном холецистите, осложнившимся перитонитом, наблюдается тахикардия до 100-120 в 1 мин. Иногда отмечается иктеричность склер. Выраженная желтуха возникает при осложненных формах острого холецистита: холедохолитиазе или выраженных воспалительных изменений в печеночно-двенадцатиперстной связке. Язык сухой, обложен. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье, здесь же наблюдаются защитное напряжение мышц живота и симптомы раздражения брюшины, которые наиболее выражены при деструктивном холецистите.

Специфическими **симптомами острого холецистита** являются болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге (симптом Грекова - Ортнера), боль при глубокой пальпации в правом подреберье (симптом Кера), усиление боли при пальпации на вдохе (симптом Образцова), болезненность при пальпации между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы (симптом Мюсси - Георгиевского). Больной не может произвести вдох при глубокой пальпации в правом подреберье (симптом Мерфи). Возможно, при пальпации выявление увеличенного резко болезненного желчного пузыря. При перкуссии печеночная тупость сохранена.

Клиническая картина **острого холецистита, осложненного перфорацией**, характеризуется появлением боли сначала в правом подреберье, а затем - по всему животу. Прободение желчного пузыря чаще всего происходит через 48 - 72 ч от начала заболевания, и, как правило, у больных пожилого и старческого возраста.

Острый холецистит, осложненный холангитом и гепатитом, с самого начала протекает с интермиттирующей лихорадкой с ознобами, проливными потами и желтухой. Вследствие интоксикации организма развиваются заторможенность, угнетенное состояние или эйфория. Иногда наступает потеря сознания. Желтуха, как правило, интенсивная. К ней присоединяется острая печеночная недостаточность, а затем и острая почечная недостаточность.

1.3. Дифференцировать острый холецистит чаще всего приходится с почечной коликой, острым панкреатитом, перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, инфарктом миокарда, острым аппендицитом, острым инфекционным гепатитом.

1.4. Лечение больных острым холециститом следует начинать на догоспитальном этапе. Основная задача скорой медицинской помощи при остром холецистите — экстренная госпитализация больного в стационар, оказывающий медицинскую помощь по профилю «хирургия». Нужно обеспечить венозный доступ, следить за витальными функциями пациента и поддерживать их в соответствии с общереанимационными принципами. При наличии признаков гиповолемии (сухой обложенный язык, тахикардия, гипотония), выраженной интоксикации (лихорадка, озноб), деструктивного холецистита с развитием «острого живота» (положительный симптом Щёткина-Блумберга): в/в физиологический раствор 0,9% - 400 мл.

Если показатели гемодинамики позволяют, внутривенно вводят спазмолитическую смесь: 2 мл - 2 % раствора дротаверина, 2 мл - 2 % раствора папаверина гидрохлорида, 2

мл - 0,2 % раствора платифиллина гидротартрата и 1 мл - 0,1 % раствора атропина сульфата. Это снимает спазм сфинктера Одди и снижает внутрипротоковое давление вследствие улучшения оттока желчи в двенадцатиперстную кишку.

Больные с клиническими проявлениями острого холецистита или печеночной колики подлежат немедленной госпитализации в стационар, оказывающий медицинскую помощь по профилю «хирургия». На догоспитальном этапе не должны применяться наркотики и антибиотики.

II. Оказание скорой медицинской помощи при остром холецистите на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП).

В СтОСМП таких больных делят на 2 основные группы:

1-я — с острым неосложненным холециститом;

2-я — с острым осложненным холециститом.

В группе больных с острым осложненным холециститом выделяют 5 подгрупп:

- острый холецистит, осложненный холедохолитиазом;
- острый холецистит, осложненный распространенным перитонитом;
- острый холецистит, осложненный формированием плотного инфильтрата;
- острый холецистит в сочетании с холангитом;
- острый холецистит в сочетании с панкреатитом.

2.1. Острый неосложненный калькулезный холецистит:

- общие симптомы;
- данные физикального осмотра;
- УЗ - признаки.

2.1.1. Общие симптомы: Наиболее характерным симптомом для печеночной колики / острого холецистита является приступ болей в правом подреберье — так называемая желчная или печеночная колика. Провоцируют приступ жирная пища, пряности, копчености, острые приправы, резкое физическое напряжение, работа в наклонном положении, а также инфекция. Желчная колика начинается внезапно. В начале приступа боли разлитые и охватывают все правое подреберье, а затем концентрируются в области желчного пузыря или в подложечной области. Боль по интенсивности разнообразна: от сильной, режущей до относительно слабой, ноющей. Иногда боль иррадирует в поясничную область, в область сердца, провоцируя приступ стенокардии. Болевой приступ может продолжаться от нескольких минут до нескольких часов и даже дней, причем боли то утихают, то вновь усиливаются. В обоих случаях приступ заканчивается так же внезапно, как и начался. Желчная колика обычно сопровождается тошнотой и повторной рвотой. Повышение температуры тела — довольно надежный признак воспалительной реакции. Высокая температура (более 38 °С) нередко служит признаком гнойного и деструктивного холецистита.

2.1.2. После изучения анамнеза необходим тщательный **физикальный осмотр** больного. При осмотре пациента оцениваются: степень тяжести больного, температура тела, частота пульса, состояние языка, состояние кожных покровов и склер. Пальпаторно определяют локализация боли, наличие инфильтрата, его локализация, подвижность и размеры. Выявляют патогномоничные симптомы острого холецистита (Мерфи, Кера, Ортнера, Мюсси); наличие перитонеальных симптомов и их локализацию. Перкуторно проверяют наличие печеночной тупости, притупление звука по фланкам брюшной полости справа и слева, а также в нижних отделах. Аускультативно - наличие или отсутствие перистальтики кишечника.

2.1.3. При помощи **УЗИ** оцениваются печень, желчный пузырь (размеры, толщина стенки, двойной контур, слоистость стенки, содержимое), паравезикальное пространство (жидкость, инфильтрат), внутри- и внепеченочные желчные протоки, поджелудочная железа, почки.

А (1++)	УЗИ является предпочтительным неинвазивным исследованием для оценки наличия острого калькулезного или бескаменного холецистита и степени деструкции стенки желчного пузыря
------------	--

2.1.4. Дифференциальная диагностика острого холецистита проводится с: дискинезией желчных путей, прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, печеночной коликой, острым панкреатитом, острым аппендицитом, пищевым отравлением, раком желчного пузыря, правосторонней нижнедолевой пневмонией, острой кишечной непроходимостью.

2.1.5. Обследование в СтОСМП: лабораторные исследования, инструментальные исследования, консультации специалистов.

2.1.5.1. Обязательные лабораторные исследования:

- Общий анализ крови при поступлении, затем Le каждые 6 часов в первые сутки; накануне выписки из стационара
- Впервые 2 часа после поступления и накануне выписки:
 - общий анализ мочи,
 - сахар крови, билирубин, АЛТ, АСТ, мочевины, общий белок, амилаза,
 - коагулограмма (у пациентов, получающих антикоагулянтную терапию, и при высоком риске анестезиологического пособия), в течение первых суток - у соматически неотягощенных больных,
- Дифференциальную диагностику механической желтухи и желтухи инфекционного генеза необходимо проводить в первые 3 часа от момента поступления больного в СтОСМП, используя экспресс методы диагностики «тест-системы» к гепатитам А (С, 2+), В (А, 1+) и С (А, 1++),
- Определение группы крови и Rh фактора (в предоперационном периоде).

2.1.5.2. Обязательные инструментальные обследования:

- (А, 1++) Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ) - обязательно при поступлении больного для уточнения диагноза, наличия конкрементов, билиарной гипертензии, свободной жидкости в брюшной полости, исключения паразитарной этиологии заболевания. Необходимо повторить в течение первых и вторых суток при отказе от оперативного вмешательства для оценки динамики на фоне проведения консервативной терапии.
- (А, 1++) Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) – обязательна для оценки состояния желудка, ДПК, БДС, наличия и характера поступления желчи в ДПК
- (А, 1++) ЭКГ на дооперационном этапе (повторно при необходимости и у пациентов с высоким интраоперационным риском)
- (А, 1++) Рентгенография грудной клетки—обязательное исследование в предоперационном периоде у лиц пожилого возраста, у «молодых» при отсутствии заключения планового исследования за последние 6 месяцев.

2.1.5.3. Дополнительные исследования (проводятся при наличии сопутствующих заболеваний)

- Консультация терапевта и других специалистов по показаниям.
- КФК – МВ, эхокардиография (назначается врачом – терапевтом)
- Копрологическое исследование (при подозрении на паразитарную этиологию заболевания)
- Исследование уровня натрия, калия, общего кальция, хлоридов, уровня кислорода крови, углекислого газа в крови (назначается врачом анестезиологом – реаниматологом)
- Рентгенография органов брюшной полости (при подозрении на перфорацию полого органа или острую кишечную непроходимость).

2.1.6. Критерии постановки диагноза.

Критерии	Катаральный холецистит	Деструктивный холецистит
<u>Клинические:</u>		
Жалобы, анамнез	+	+
Время от начала заболевания	< суток	> суток
Пальпируемый желчный пузырь	Не всегда	Часто
Дефанс	-	+
Симптом Щеткина-Блюмберга	-	+
Температура тела	Норма	Повышена
Лейкоцитоз	< 10-12x10 ⁹ /л	>12x10 ⁹ /л
Палочкоядерный сдвиг	< 10	>10
ЧСС	< 90 уд.в мин.	> 90 уд.в мин
<u>УЗИ:</u>		
Стенка желчного пузыря	До 3-4 мм	Более 5 мм
Двойной контур	-	+
Слоистость стенок пузыря	-	+
Выпот в паравезикальном пространстве	-	+

2.1.7. Тактика лечения при остром холецистите

- Обследование в зависимости от тяжести состояния пациента проводится либо в СтОСМП, либо в условиях палаты интенсивной терапии (ПИТ).
- ФГДС выполняется перед оперативным вмешательством, у пациентов с высоким анестезиологическим риском – интраоперационно.

- Тактика ведения пациента и необходимый объем оперативного вмешательства у пациента, относящегося к группе высокого операционного риска, решается консилиумом.

2.1.8. Консервативная терапия

Консервативная терапия показана пациентам при отсутствии: деструктивных изменений в стенке желчного пузыря, механической желтухи, высоким анестезиологическим риском, при отказе пациента от оперативного вмешательства.

1. Физический и психический покой.
2. Локальная гипотермия желчного пузыря с помощью пузыря со льдом.
3. Голод.
4. Зондирование и аспирация желудочного содержимого (при тошноте, рвоте).
5. Парентеральное введение препаратов:
 - а) растворы спазмолитиков: дротаверин по 40-80 мг до 3 раз в сутки, папаверин по 40–60 мг 3–4 раза в сутки, платифиллина гидротартрат 0,2% - 1,0 подкожно 3 раза в сутки;
 - б) антибактериальная терапия: цефалоспорины третьего поколения / фторхинолоны (цефтриаксон 1г х 2 рвд / ципрофлоксацин 500мг х 2 рвд) + нитроимидазолы (метронидазол 500мг х 3 рвд) в течение 3-х суток, затем перейти на прием per os.
 - в) анальгетики - баралгин или парацетомол 1,0 в/в кап. через 6 ч. (максимальная доза до 4,0 г/сут.)
6. Восполнение ОЦК - инфузионная терапия (внутривенно растворы кристаллоидов) в зависимости от выраженности водно-электролитных нарушений. Инфузионная терапия в объеме 40 мл на 1 кг массы тела пациента.
7. Симптоматическая терапия.

2.1.9. Показания к операции

Не осложненный острый холецистит

Признана отсрочено-индивидуализированная тактика, которая определяется с учетом данных УЗИ и оценки тяжести состояния больного. Экстренные операции, как правило, не выполняются. Больным перед операцией выполняют ФГДС. В случае выявления язвенной болезни лечение дополняется противоязвенной терапией.

В отношении беременных пациенток необходимо придерживаться консервативной тактики ведения. Тактика совпадает с протоколом лечения больных острым не осложненным холециститом группы высокого операционного риска.

2.2. Острый калькулезный холецистит, осложненный холедохолитиазом с / без механической желтухи.

2.2.1. Диагностика острого калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом, совпадают с таковыми при неосложненном калькулезном холецистите. К общим симптомам добавляются клинические проявления механической желтухи (иктеричность склер, кожных покровов, моча «цвета пива»). Почти патогномичным симптомом для осложненных форм острого холецистита является желтуха, появляющаяся после приступа боли в верхнем этаже органов брюшной полости (преимущественно в эпигастрии, правом подреберье), чаще всего после употребления острой, жирной пищи или тяжелой физической работы.

Наличие «безболевого» желтухи, похудание, изжога, отрыжка, метеоризм, неустойчивый стул свидетельствуют в пользу онкологического поражения органов гептопанкреодуоденальной зоны.

Чаще отмечается повышение температуры тела более 38 °С. При физикальном осмотре обязательно выполняется пальцевое исследование прямой кишки, для оценки степени выраженности ахоличности кала. При пальпации определяется болезненный увеличенный в размерах желчный пузырь, а также патогномоничные симптомы Мерфи, Кера, Ортнера, Мюсси.

2.2.2. Обязательные лабораторные исследования при наличии желтухи дополняют анализами крови на гепатиты: НАV (С, 2+), HBsAg (А, 1+), HCV (А, 1++), и в первые 2 часа от момента поступления обязательно выполнение коагулограммы.

2.2.3. Обязательные инструментальные методы обследования идентичны острому не осложненному холециститу, но дополняются магнитно-резонансной томографией в режиме холангиографии.

(А, 1++) Сонографические признаки холедохолитиаза делятся на прямые и косвенные. К прямым ультразвуковым признакам относится расширение холедоха более 6 мм и наличие в его просвете гиперэхогенных структур различного размера, дающие УЗ-дорожку. К косвенным ультразвуковым признакам относится билиарная гипертензия, увеличение головки поджелудочной железы, наличие изменений паренхимы печени в паравезикальной зоне.

(А, 1++) Фиброгастроуденоскопия (ФГДС) - обязательна у пациентов с механической желтухой с целью подтверждения наличия желчи в просвете ДПК, исключения вклинения конкремента в БДС. При выявлении врачом - эндоскопистом вклиненного конкремента в БДС, выполняется ЭПСТ. Необходимо лично поставить в известность дежурного врача хирурга и врача анестезиолога-реаниматолога (у пациентов с высоким анестезиологическим риском) для выбора оптимальной дальнейшей тактики лечения пациента.

(А, 1++) Магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ) – обязательна у пациентов с механической желтухой в течение 24 часов от момента поступления больного в стационар при отсутствии показаний к экстренному оперативному вмешательству. Данный метод позволяет получить тонкие срезы, на которых визуализируются как достаточно крупные дефекты наполнения, так и очень мелкие камни размерами 1 – 2 мм, в том числе в нерасширенных желчевыводящих протоках, а так же проводить дифференциальную диагностику между желтухой доброкачественного и злокачественного генеза.

2.2.4.Тактика лечения при остром холецистите, осложненном холедохолитиазом с / без механической желтухи

Обследование в зависимости от тяжести состояния пациента проводится либо в СтОСМП, либо в условиях палаты интенсивной терапии.

ФГДС выполняется в течение 2 часов от момента поступления пациента в стационар перед оперативным вмешательством, у пациентов с высоким анестезиологическим риском – интраоперационно.

2.2.5.Консервативная терапия

Консервативная терапия показана пациентам в качестве предоперационной подготовки. Терапия соответствует п. 2.1.5. с добавлением парентерального введения этамзилата натрия 12,5% - 2,0 внутримышечно 2 раза в сутки и менадиона натрия бисульфита 1% - 1,0 x 3 раза в сутки в/м. При дефиците факторов коагуляционного гемостаза, встречающегося при механической желтухе, показана трансфузия свежзамороженной плазмы:

- протромбиновый индекс (ПТИ) менее 80%;
- протромбиновое время (ПВ) более 15 секунд;
- международное нормализованное отношение (МНО) более 1,5;
- фибриноген менее 1,5 г/л;
- активное частичное тромбиновое время (АЧТВ) более 45 сек.

2.2.6. Показания к операции

Острый холецистит, осложненный холедохолитиазом с / без механической желтухи

Признана срочно-индивидуализированная тактика, которая определяется с учетом данных УЗИ, наличия или отсутствия гипербилирубинемии, оценки тяжести состояния больного. При наличии явлений механической желтухи на фоне острого калькулезного холецистита решение вопроса об оперативном вмешательстве принимается в течение 12 часов.

2.3. Острый холецистит, осложненный перитонитом

Характерны признаки острого холецистита в сочетании с симптомами отграниченного или распространенного перитонита.

2.3.1. Предоперационное обследование больных с острым холециститом, осложненным перитонитом, в СтОСМП соответствуют пунктам 2.1.1 - 2.1.5.

<p>Диагностика (в СтОСМП):</p> <ul style="list-style-type: none"> - гемограмма, Plt, Le, лейкоцитарная формула - длительность кровотечения и время свертывания, фибриноген, АКТ - общий белок, глюкоза, мочевины, билирубин, трансаминазы, креатинин, калий, натрий, амилаза. - общий анализ мочи - ФГДС (по показаниям) - УЗИ органов брюшной полости - R-графия органов грудной клетки - ЭКГ <p>Мониторинг (в СтОСМП):</p> <ul style="list-style-type: none"> - АД - Частота пульса - Температура тела <p>При наличии сопутствующей патологии</p>	<p>Обязательные манипуляции (в СтОСМП):</p> <ul style="list-style-type: none"> - катетеризация периферической вены - установка назогастрального зонда, при необходимости отмывание желудка холодной водой <p>Объем терапии (в СтОСМП):</p> <ul style="list-style-type: none"> - режим I - местно– холод - голод - базисная терапия сопутствующей патологии - <p>Инфузионная терапия</p> <ul style="list-style-type: none"> • физиологическая потребность – 1мл/кг/час (соотношение коллоиды:
---	---

<p>(в СтОСМП)</p> <ul style="list-style-type: none"> - консультация терапевта и других специалистов по показаниям 	<p>кристаллоиды - 1:3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • растворы спазмолитиков: дротаверин 40 мг, папаверина гидрохлорид 40 мг в/в, платифиллина гидротартрат 0,2% - 1,0 подкожно; • НПВС: метамизол натрия 50% - 2,0 мл; • анальгетики: баралгин 2-5 мл x 2-3 раза в день в/м или парацетомол 1,0; • антибактериальная терапия: цефалоспорины третьего поколения / фторхинолоны (цефтриаксон 1г x 2 рвд / ципрофлоксацин 500мг x 2 рвд) + нитроимидазолы (метронидазол 500мг x 3 рвд)
---	--

2.3.2. Лечебная тактика при остром холецистите, осложненном перитонитом:

- больным с острым холециститом, осложненным как местным, так и распространенным перитонитом, показано хирургическое вмешательство в первые 2 - 3 ч от момента поступления;
- у гемодинамически стабильных пациентов в СтОСМП, наряду с обследованием, проводится предоперационная подготовка, включающая внутривенное вливание 400 - 800 мл растворов кристаллоидов, анальгетиков, спазмолитиков;
- при нарушении витальных функций (сознания, гемодинамики, дыхания) больного госпитализируют в отделение хирургической реанимации. Операция выполняется сразу после стабилизации гемодинамических показателей

2.3.3. Показания к операции

2.3.3.1. Острый холецистит, осложненный местным отграниченным перитонитом

Признано экстренное оперативное вмешательство, которое определяется с учетом данных физикального осмотра, УЗИ и оценки тяжести состояния больного.

2.3.3.2. Острый холецистит, осложненный разлитым перитонитом

Пациенты при условии стабильной гемодинамики обследуются и получают предоперационную подготовку в условиях СтОСМП. Пациенты с нестабильными показателями гемодинамики госпитализируются в палату интенсивной терапии, минуя СтОСМП, где проводится обследование пациента в параллели с реанимационными мероприятиями, направленными на стабилизацию состояния больного.

Объем диагностических мероприятий соответствует пунктам 2.1.1. – 2.1.5.

После комплексного обследования и стабилизации гемодинамики больному в экстренном порядке выполняется хирургическое вмешательство.

2.4. Острый холецистит, осложненный формированием плотного инфильтрата:

Данная клиническая ситуация характерна для пациентов средней и старшей возрастных групп, которые либо не обращаются в стационар для обследования после самостоятельно купированного приступа острого холецистита, либо имеют конкурирующее заболевание в виде органического поражения головного мозга, либо тяжесть состояния больного не позволяет вовремя диагностировать острый холецистит.

2.4.1. Основные признаки плотного перивезикального инфильтрата:

- Клиническая картина острого холецистита в анамнезе;
- Незначительно болезненное или безболезненное, плотное опухолевидное образование в области правого подреберья;
- Стенка желчного пузыря по данным УЗИ ≥ 5 мм.

2.4.2. Обследование соответствуют п. 2.1.5. При неясности диагноза исследования дополняют выполнением МСКТ или МРХПГ органов брюшной полости.

2.4.3. Дифференциальная диагностика плотного перивезикального инфильтрата проводится с: раком желчного пузыря, опухолью печеночного изгиба ободочной кишки, правой доли печени, забрюшинного пространства.

2.4.4. Для правильного выбора **тактики ведения больного** и решения вопроса о необходимости оперативного вмешательства необходимо дифференцировать плотный перивезикальный инфильтрат от плотного перивезикального инфильтрата, осложненного абсцедированием.

Критерии	Плотный перивезикальный инфильтрат	
	без абсцедирования	с абсцедированием
<u>Клинически:</u>		
В анамнезе приступ острого холецистита	+	+
Болевой синдром	- / ±	+
Время от начала заболевания	> 1 недели	> 1 недели
Пальпируемый инфильтрат	+	+
Размягчение в центре инфильтрата	-	±
Дефанс	-	±
Симптом Щеткина-Блюмберга	-	+
Температура тела	гипертермия до 38°C	гипертермия 39- 40°C
ЧСС	< 90 уд. в мин.	> 90 уд. в мин

<u>УЗИ:</u>		
Стенка желчного пузыря	≥ 5 мм	≥ 5 мм
Двойной контур	±	+
Слоистость стенок пузыря	±	+
Выпот в паравезикальном пространстве	-	+
Эффект от антибактериальной терапии	+	-

2.4.5. Лечебная тактика при остром холецистите, осложненном формированием плотного инфильтрата.

1. Физический и психический покой.
2. Локальная гипотермия желчного пузыря с помощью пузыря со льдом.
3. Голод
4. Антибактериальная терапия: цефалоспорины III - IV поколения / фторхинолоны (цефтриаксон 1г х 2 рвд / ципрофлоксацин 500 мг х 2 рвд) + нитроимидазолы (метронидазол 500 мг х 3 рвд).
5. Анальгетики – баралгин 2,0 или парацетомол 1,0 в/в кап. через 6 ч. (максимальная доза до 4,0 г/сут.)
6. Симптоматическая терапия.

Плотный паравезикальный инфильтрат без признаков абсцедирования подлежит антибактериальной терапии и динамическому наблюдению.

2.4.6. Показания к операции и метод оперативного вмешательства

При абсцедировании при пальпации отмечается болезненность, возможно размягчение в центре, повышение температуры до 39 – 40 °С, высокий лейкоцитоз, значительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Больные подлежат срочному оперативному вмешательству.

2.5. Острый холецистит в сочетании с острым холангитом:

Для данной категории больных характерны тяжелое состояние, нестабильность показателей гемодинамики, поэтому, как правило, их обследование и лечение осуществляется в ПИТ.

2.5.1. К основным признакам острого холецистита присоединяются:

- гипертермия более 38 °С;
- лейкоцитоз более $12 \times 10^9/\text{л}$;
- гипербилирубинемия 50 мкмоль/л и выше;
- УЗИ — признаки билиарной гипертензии.

В зависимости от выраженности клинико- лабораторных показателей выделяют острый холангит, билиарный сепсис и тяжелый билиарный сепсис.

2.5.2. Обследование соответствует п. 2.5.1. Выполнение ФГДС обязательно в течение 2 часов от момента поступления пациента в стационар, у пациентов с высоким анестезиологическим риском – интраоперационно.

2.5.3. Лечебная тактика при остром холецистите, в сочетании с острым холангитом:

- инфузионно-детоксикационная терапия в объеме 1,5-2 л растворов кристаллоидов;
- антибактериальная терапия цефалоспоридами третьего поколения / фторхинолонами + нитроимидазолы;
- симптоматическая терапия;
- госпитализация в хирургическое отделение или ПИТ

При отсутствии положительной динамики в течение 6 часов показано хирургическое вмешательство.

2.6. Острый холецистит, осложненный билиарным панкреатитом:

2.6.1. К основным признакам острого холецистита присоединяется клиника острого панкреатита.

- боли и болезненность в эпигастрии и правом подреберье;
- (А, 1++) УЗИ – признаки (увеличенный желчный пузырь, утолщение его стенки, двойной контур пузыря, наличие конкрементов, размытость контуров, снижение эхогенности и увеличение размеров поджелудочной железы);
- (А, 1++) Повышение уровня амилазы в крови с/без повышением(я) уровня билирубина крови

На данном этапе необходимо раннее выявление «тяжелого» панкреатита, исход которого зависит от сроков начала лечения.

2.6.2. Диагностика тяжелого панкреатита:

1. Клинические:
 - положительные симптомы раздражения брюшины;
 - нестабильная гемодинамика – тахикардия (> 120 уд. в мин.) или брадикардия (< 60 уд. в мин.), снижение систолического АД ниже 100 мм. рт. ст.;
 - олигоурия (менее 25 мл в час);
 - энцефалопатия (заторможенность или возбуждение, делирий).
2. Лабораторные:
 - лейкоцитоз выше $14 \times 10^9/\text{л}$;
 - мочевины выше 12 ммоль/л.
3. Инструментальные:
 - (А, 1++) УЗИ – скопления жидкости вокруг поджелудочной железы, паравезикально, в брюшной полости, никогда не имеют стенок из грануляционной или фиброзной ткани;
 - (А, 1++) ФГДС - обязательна с целью подтверждения наличия желчи в просвете ДПК, исключения вклинения конкремента в БДС. При выявлении вклиненного камня в БДС, выполняется ЭПСТ.

2.6.3. Лечебная тактика при остром холецистите, осложненном билиарным панкреатитом.

2.6.3.1. Консервативная терапия см. п. 2.3.1. (таблица). Особенности инфузионной терапии являются назначение:

- антисекреторной терапии в течение первых 3 суток заболевания. Препарат выбора – сандостатин (октреотид) 100 мкг х 3рвд подкожно; препараты резерва – фамотидин 40 мг х 2 рвд в/в, фторуроцил 5% - 5мл в/в;
- реологически активной терапии (гепарин, реополиглюкин, гидроксиэтилкрахмал);
- антиферментной терапии (апротинин – не менее 500 тыс.ед. в/в);
- антиоксидантная и антигипоксанта терапия (меглюмина натрия суццинат, супероксиддисмутаза, цитофлавин).

2.6.3.2. Тактика ведения больного

- Гемодинамически стабильным пациентам с острым холециститом в сочетании с «нетяжелым» панкреатитом показана госпитализация в хирургическое отделение;
- Пациенты с нарушением витальных функций госпитализируются в ПИТ. Наличие хотя бы двух клинических признаков, перечисленных выше, позволяют диагностировать «тяжелый» панкреатит. Лечение таких больных осуществляют по протоколу оказания медицинской помощи при остром панкреатите, важнейшим принципом которого является использование консервативной тактики.

ФГДС выполняется либо в условиях СтОСМП, либо после госпитализации на отделение хирургического профиля в течение 2 часов от момента поступления пациента в стационар, либо в условиях ПИТ после стабилизации состояния больного. ЭПСТ и выполняется только при вклинении конкремента в БДС. Если ЭПСТ выполнена пациенту СтОСМП, дальнейшее его лечение продолжается в условиях хирургического отделения, при ухудшении состояния – перевод в ПИТ.

Что делать нельзя:

1. На догоспитальном этапе:

- при подозрении на острый холецистит нельзя применять анальгетики, наркотики и антибиотики для купирования приступа печеночной колики;
- при купировании впервые возникшего приступа нельзя оставлять пациента без рекомендаций амбулаторного обследования с обязательным выполнением УЗИ брюшной полости;

2. На госпитальном этапе:

- нельзя выполнять ЭРХПГ после удаления вклиненного конкремента в БДС у пациента с клиническими проявлениями билиарного панкреатита;
- нельзя рекомендовать прием желчегонных препаратов после купирования приступа печеночной колики.

Прогноз условно благоприятный, при адекватно проведенном лечении трудоспособность будет полностью сохранена. Наибольшую опасность могут представлять осложнения, связанные с развитием разлитого перитонита, деструктивного

панкреатита, сепсиса. В случае их возникновения даже при адекватном лечении возможен летальный исход.

Список литературы:

1. Александров Б.А. Сравнительная оценка различных методов диагностики и хирургическая тактика при холедохолитиазе. Дисс. канд. мед. наук. М, 2007. – С. 120.
2. Ашрафов А.А., Рафиев С.Ф. Хирургическая тактика при остром гнойном холангите. – М.: Третий конгресс ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. – 2001. – С. 102.
3. Бабиев В.Ф. Опыт применения набора «Мини - Асситент» при осложненных формах желчнокаменной болезни. / В.Ф. Бабиев, В.В. Скорляков. // Мат. I съезда хир. Юж. фед. окр. Ростов-на-Дону. - 2007. - С. 6.
4. Бубнова Е.В. Возможности лучевой диагностики мелких конкрементов гепатикохоледоха. Дисс. канд. мед. наук. 2011. – С. 116.
5. Велигойкий А.Н., Обуоби Р.Б. Прогнозирование полиорганной недостаточности у больных механической желтухой. – М.: Третий конгресс ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. – 2001. – С. 106 - 107.
6. Ветшев П.С. Механическая желтуха: причины и диагностические подходы // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т. 16, № 3. – С. 50 – 57.
7. Вилявин М.Ю., Осипова Н.Ю. Возможности спиральной компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии в диагностике холецистолитиаза // Анналы хир. гепатологии. 2007. – Т. 12, № 3. – С. 50.
8. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. – М.: Видар-М, 2009. – С. 568.
9. Гостищев В.К., Воротынцев А.С., Кориллин А.В., Меграбян Р.А. Выбор дифференциальной тактики лечения больных острым холециститом. Осложненным гнойным холангитом. (http://www.rmj.ru/articles_3984.htm).
10. Камышевская И.Г., Ратникова В.В. Магнитно-резонансная холангиография в диагностике заболеваний желчного пузыря и желчных протоков // Передовые медицинские технологии практическому здравоохранению: матер. научно-практ. конф. 2008. – С. 254 – 255.
11. Колкин Я.Г., Хацко В.В., Кузьменко А.Е., Фоминов В.М., Карапыш В.А. Хирургическое лечение бескаменного холецистита. Практикующему лікарю. – 2009. – Т. 21, №1. - С. 115 – 119.
12. Котовский А.Е., Глебов К.Г., Уржумцева Г.А., Петрова Н.А. Эндоскопические технологии в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны // Анналы хир. гепатологии. – 2010. – Т. 15, №1. – С. 9 – 18.
13. Котовский А.Е., Поздеев И.В., Тупикин Л.В. Отдаленные результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии. Анналы хир. гепатологии, 1997. – Т. 2. – С. 132 – 135.
14. Майстренко Н.А., Стукалов В.В. Холедохолитиаз. – СПб: ЭЛБИ – СПб, 2000. – 288 с.

15. Мисник В.И., Меграбян Р.А. и др. Принципы лечения гнойного холангита при остром холецистите. М.: Третий конгресс ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. – 2001. – С. 115.
16. Панин С.И. Неотложная малоинвазивная абдоминальная хирургия. Автореф... канд. мед.наук. Волгоград, 2013. – С. 39.
17. Синенченко Г.И., Пелипась Ю. В. Ультразвуковое исследование / Курьгин А.А., Багненко С.Ф. // Хирургия острого живота. – 2007. – С. 200 – 203.
18. Труфанов Г.Е. Лучевая диагностика (МРТ, КТ, УЗИ, ОФЭКТ и ПЭТ) заболеваний печени: руководство для врачей / Под ред. Г.Е. Труфанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 264 с.
19. Щербина М.Б. Современная тактика ведения пациентов с желчнокаменной болезнью: фокус на возможности консервативной терапии и малоинвазивных методов. <http://surgeryzone.net/>.
20. Acosta J.M., Kathouda N., Debian K.A. et al. Early ductal decompression versus conservative management for gallstone pancreatitis with ampullary obstruction: a prospective randomized clinical trial. *Ann. Surg.* 2006. – Vol. 243. – P. 33 – 40.
21. Ayub K., Imada R., Slavin J. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in gallstone-associated acute pancreatitis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2004. – Vol. 4: CD003630.
22. Banks P.A., Freeman M.L., Practice guidelines in acute pancreatitis. *Am. J. Gastroenterol.* 2006. – Vol. 101. – P. 2379 – 2400.
23. Caddy G.R., Tham T.C. Gallstone disease: symptoms, diagnosis and endoscopic management of common bile duct stones. *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* 2006. – Vol. 20. – P. 1085 – 1101.
24. Fretz R., Negro F., Bruggman P., Lavanchy D. et al. *The European J. of Med. Sciences. Swiss Med. Wikly.* 2013. – V. 143. w. 13793, P. 1-13.
25. Kinney T.P. Management of ascending cholangitis. *Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am.* 2007. – Vol. 17. – P. 289 – 306.
26. Mallette C, Flynn MA, and Promrat K. Outcome of screening for hepatitis C virus infection based on risk factors. *Am. J. Gastroenterol.* 2008. – Vol. 103. – P. 131 - 137.
27. National Institutes of Health state-of-the-science statement on endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) for diagnosis and therapy. *NIH Consens. State Sci. Statements* 2002. – Vol. 19. – P. 1 – 26.
28. Shivcumar S., Peeling R., Jafari Y., Joseph L., Pant Pai N. Accuracy of Rapid and Point - of - Care Screening Tests for Hepatitis C: A systematic review and meta-analysis. *Ann. Intern. Med.* 2012. – V.157 (8), P. 558 – 566.
29. Siriboon Attasaranya., Evan L. Fogel., Glen A. Lehman. Choledocholithiasis, ascending cholangitis and gallstone pancreatitis. *Med. Clin. N. Am.* 2008. – Vol. 92. – P. 925 – 960.
30. Sugiyama M., Atomi Y. Risk factors for acute biliary pancreatitis. *Gastrointest. Endosc.* 2004. – Vol. 60. - P. 210. – 212.
31. Verma D., Kapadia A., Eisen G.M. et al. EUS vs MRCP for detection of choledocholithiasis. *Gastrointest. Endosc.* 2006. – Vol. 64. – P. 248 – 254.
32. Wada K., Takada T., Kawarada Y. et al. Diagnostic criteria and severity assessment of acute cholangitis: Tokyo guidelines. *J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.* 2007. – Vol. 14. – 52 – 58.
33. Weinbaum C.M., Mast E.E., Ward J.W. Recommendations for identification and public health management of persons with chronic hepatitis B virus infection. *Hepatology* 49: P. 35-44, 2009.

34. Whitcomb D.C. Clinical practice. Acute pancreatitis. N. Engl. J. Med. 2006. – Vol. 354. – P. 2142 – 2150.

Приложение

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
A	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или

	экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+