

Міністерство охорони здоров'я України

## УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Наказ МОЗ України №59 від 29.01.2013

Київ – 2013

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони здоров'я України  
Від 29.01.2013 р. №59

### Перелік скорочень, що використовуються в протоколі:

АлАТ — аланін амінотрансфераза  
АсАТ — аспаратамінотрансфераза  
ЖВП — жовчовивідні шляхи  
МКХ-10 — міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я 10-го перегляду  
МОЗ — Міністерство охорони здоров'я України  
СРБ — «С» — реактивний білок  
УЗД — ультразвукова діагностика  
ШОЕ — швидкість зсідання еритроцитів ВХ — виразкова хвороба

### А. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

А. 1 Діагноз: Хронічний холецистит

А. 2 Шифр згідно МКХ-10: К 81.1

- К81.1 — хронічний холецистит
- К83.0 — холангіт

А. 3 Потенційні користувачі: дитячі гастроентерологи, лікарі-педіатри, лікарі загальної практики-сімейної медицини, організатори охорони здоров'я

А. 4 Мета протоколу: стандартизувати медичну допомогу дітям дітям із хронічним холециститом.

А. 5 Дата складання — 2012 р.

А. 6 Дата планового перегляду протоколу — 2017 р

### Б. 1 ЕПІДЕМІОЛОГІЯ:

Хронічний холецистит — захворювання жовчного міхура, в основі якого лежать запальні зміни стінки жовчного міхура різної етіології.

Хронічний холангіт — хронічне рецидивуюче запальне захворювання жовчних проток. Хронічний холецистохолангіт — хронічне поліетіологічне запальне захворювання жовчного міхура і жовчних шляхів, що сполучається з функціональними порушеннями у жовчному міхурі та жовчних протоках, змінами фізико-хімічних властивостей і біохімічної структури жовчі ( форма запального захворювання біліарного тракту, за локалізацією, що зустрічається у дітей переважно).

Етіопатогенетичні фактори формування хронічного запального процесу біліарного тракту: інфекція ( ентерогенний, гематогенний та лімфогенний шляхи), функціональні розлади біліарного тракту, аномалії розвитку ЖВП, холелітіаз, панкреатобіліарний рефлюкс, захворювання шлунково-кишкового тракту, ендокринні розлади, паразитарні інвазії, аутоімунні процеси.

Розповсюдженість серед дитячого населення в Україні досягає 12 %.

## Б. 2 ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

| Положення протоколу  | Обґрунтування   | Необхідні дії  |
|--|---|--|
| <b>Б. 2. 1 Амбулаторний етап</b>   |   |  |
| Діти з підозрою на хронічний холецистит повинні бути обстежені   | Світовий досвід лікування дітей свідчить, що рання діагностика ХХ зменшує ризик розвитку ускладнень [Gallbladder Disease in Children. Cholecystitis, Lippincott Williams & Wilkins; 2006; Билиарная патология у детей, Запруднов А.М., 2008] (Рівень доказовості С) | Обстеження та спостереження лікарем — дитячим гастроентерологом, педіатром чи лікарем загальної практики-сімейної медицини.  |
| Лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах   | Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутріціології ХМАПО   | Можливо початковий курс провести стаціонарно, а далі — в умовах денного стаціонару чи амбулаторно.   |
| <b>Б. 2.2 Стаціонарний етап</b>  |   |  |
| Госпіталізація в стаціонар здійснюється для встановлення діагнозу та лікування   | Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутріціології ХМАПО   | Тривалість стаціонарного лікування до 2 тижнів, можливо початковий курс провести стаціонарно, а далі — в умовах денного стаціонару чи амбулаторно.   |
| <b>Б. 2.3 Діагностика</b>  |   |  |
| Встановлення діагнозу хронічного холециститу   | Світовий досвід лікування дітей свідчить, що рання діагностика ХХ зменшує ризик розвитку ускладнень (Рівень доказовості С)  | <b>Об'єм діагностики:</b><br>Клінічний аналіз крові, визначення рівня сироваткового холестерину, лужної фосфатази, білірубіну (загального і фракцій), АсАТ, АлАТ, ГГТП, амілази /ліпази, «С»-реактивного білку (СРБ).<br>УЗД жовчного міхура та жовчовивідних шляхів, печінки і підшлункової залози; за показаннями — дуоденальне зондування з наступним мікроскопічним і біохімічним дослідженням жовчі. ФЕГДС.   |
| <b>Б. 2. 4 Лікування</b>   |   |  |
| Дітям із загостренням хронічного холециститу потрібно вносити корективи щодо режиму  | Підтверджується даними клінічної практики (Рівень доказовості D)  | Постільний режим на період загострення (3–5 днів).   |
| Дітям із хронічним холециститом потрібно вносити корективи щодо харчування   | Підтверджується даними клінічної практики (Рівень доказовості D)  | Дієта: стіл № 5 за Певзнером.  |
| Діти із хронічним холециститом повинні отримувати медикаментозне лікування в залежності від стадії захворювання  | Досвід лікування дітей у світі доводить, що патогенетична медикаментозна терапія сприяє більш швидкому усуненню клінічних проявів захворювання, скорочує терміни госпіталізації (Рівень доказовості С)  | При загостренні:<br>Спазмолітична терапія: дротаверин в дозі 1–1,5 мг/кг 3 рази на добу, пінаверіум бромід по 50–100 мг 3 рази на добу дітям від 12 років, гімекромон (дітям від 5 років) по 200–600 мг на добу у 3 прийоми, мебеверін (дітям від 12 років) по 200 мг 2 рази на добу, прифініум бромід (з моменту народження) в дозі 1 мг/кг на добу п/ш, в/м, в/в;<br>у формі сиропу — три рази на добу внутрішньо, до 3 міс. — по 1 мл, від 3 міс. до 12 міс. — по 1–2 мл, від 1 року до 6 років — по 5–10 мл, 6–12 років — по 10–20 мл кожні 6–8 годин; у формі пігулок — дітям 6–12 років по 15–30 мг три рази на добу, після 12 років — по 30 — 60 мг три рази на добу. Досвід лікування дітей у світі доводить, що патогенетична медикаментозна терапія сприяє більш швидкому усуненню клінічних проявів захворювання, скорочує терміни госпіталізації. Тривалість курсу — 7–15 днів; при необхідності — продовжити курс, препарат необхідно змінити.<br>2. Антибактеріальна терапія в періоді загострення (при вираженій інтоксикації та запальній реакції периферичної крові):<br>• препарати, що присутні в жовчі у високій концентрації: група пеніцилінів, група макролідів, група цефалоспоринов. Антибіотики призначаються за стандартними віковими дозами.<br>• препарати, що накопичуються в жовчі у достатніх для лікувального ефекту концентраціях: фуразолідон (вікові дози).<br>Курс антибактеріальної терапії: 7 — 10 днів.<br>3. За умов проведення бактеріологічного дослідження жовчі антибактеріальні та протигрибкові засоби призначаються з урахуванням чутливості.<br>При неповній клінічній ремісії: лікування призначається за типом функціональних розладів біліарного тракту. |
| Діти із хронічним холециститом повинні отримувати симптоматичну терапію залежить від типу функціональних розладів міліарного тракту, які супроводжують хронічний холецистохолангіт | Досвід лікування дітей доводить, що симптоматична медикаментозна терапія сприяє більш швидкому усуненню клінічних проявів захворювання, скорочує терміни госпіталізації (Рівень доказовості С)  | Антибактеріальна терапія може проводитися одночасно з призначенням седативних і спазмолітичних препаратів (при необхідності); ферментні препарати — панкреатичні ферменти переважно у вигляді гастроерезистентних гранул та мікросфер; холеретики і холекітики призначаються після закінчення курсу антибактеріальної терапії.   |
| Критерії якості лікування  | Підтверджується даними клінічної практики та кафедри дитячої гастроентерології та нутріціології ХМАПО   | Відсутність клініко-лабораторних проявів хвороби (ремісія), відновлення функції жовчного міхура.   |

| Положення протоколу   | Обґрунтування   | Необхідні дії  |
|---|---|--|
| <b>Б. 2. 6 Санаторно-курортне лікування</b>                                 |   |  |
| Санаторно-курортне лікування показано в фазі ремісії хронічного холециститу | Наказ МОЗ України від 12.01.2009 № 4 «Про направлення дітей на санаторно-курортне лікування в санаторно-курортні заклади (крім туберкульозного профілю)»                          | Направлення в санаторій та обстеження здійснюється лікарем — дитячим гастроентерологом, педіатром.   |
| Тривалість санаторно-курортного лікування                                   |   | 24–30 днів.  |
| Основні принципи відновлювального лікування                                 | Наказ МОЗ України від 28.05.2009 № 364 «Про затвердження клінічних протоколів санаторно-курортного лікування дітей у санаторно-курортних закладах України» (Рівень доказовості С) | <p><b>Об'єм діагностики</b><br/> <b>Обов'язкові лабораторні дослідження:</b> загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові (загальний білірубін та його фракції, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, загальний білок та білкові фракції, загальний холестерин, амілаза крові).<br/> <b>Додаткові лабораторні дослідження:</b> бактеріологічне, цитологічне та біохімічне дослідження дуоденального вмісту (за необхідністю), кал на яйця глистів, цисти лямблій.<br/> <b>Обов'язкові інструментальні дослідження:</b> УЗД органів черевної порожнини (за необхідністю). Додаткові інструментальні дослідження: фракційне дуоденальне зондування (за необхідністю).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Дієта № 5п</b> з обмеженням тваринних жирів та відносним збільшенням жирів рослинного походження, білків рослинного та тваринного походження.</li> <li>• <b>Мінеральні води.</b> Показані води малої та середньої мінералізації, що містять вуглекислоту, аніони гідрокарбонату, сульфату, катіони магнію, натрію, калію, кальцію, а також води з мінералізацією до 2 г/л, що містять органічні речовини.</li> </ul> <p>При супутній дискінезії біліарного тракту за гіпертонічно-гіперкінетичним типом рекомендовані води малої мінералізації з переважанням іонів гідрокарбонату, сульфату, хлору, натрію, магнію, містяться органічні речовини. При супутній дискінезії біліарного тракту за гіпотонічно-гіпокінетичним типом показані води середньої мінералізації з переважанням іонів сульфату, гідрокарбонату, магнію, натрію.<br/>         Для посилення антиспастичного ефекту мінеральну воду призначають хворим у гарячому виді температури 40–45°C. Час прийому води — за 30–90 хв. до їжі залежно від стану кислотоутворюючої функції шлунка 3 рази на день від 6 до 8 років — 100 мл, від 9 до 12 років — 150 мл, 13 років та старше — 200 мл на день.<br/>         Для посилення жовчовиділення 1 раз на тиждень рекомендовано внутрішній дренаж без зонду (беззондові тубажі).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Пелоїдотерапія.</b></li> <li>• <b>Аплікації озокериту на праве під掖ер'я.</b></li> <li>• <b>Апаратна фізіотерапія:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>— гальваногрязь;</li> <li>— електрофорез пелоїдіна чи пелоїдодистилата;</li> <li>— синусоїдальні модульовані струми (СМС);</li> <li>— хвилі дециметрового діапазону (ДМХ);</li> <li>— магнітотерапія;</li> <li>— електрофорез.</li> </ul> </li> <li>• <b>Фітотерапія:</b> трава звіробою, квіти безсмертника, ромашки, календули, листя м'яти.</li> <li>• <b>Кліматотерапія</b> включає аеротерапію, повітряні, сонячні ванни, морські купання за загальноприйнятною методикою.</li> <li>• <b>Руховий режим:</b> ранкова гігієнічна гімнастика, групова лікувальна фізкультура, дозована ходьба.</li> </ul> |

## В. КЛАСИФІКАЦІЯ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

Класифікація хронічного холециститу (І.В. Маєв і співавт., 2003 р.)

1. *За ступенем важкості:*

- а) легка,
- б) середньої важкості,
- в) важка форма.

2. *За стадіями захворювання:*

- а) загострення,
- б) неповної клінічної ремісії,
- в) ремісії (стійкої, нестійкої).

3. *За наявністю ускладнень:*

- а) не ускладнений,
- б) ускладнений.

4. *За характером перебігу:*

- а) рецидивуючий,
- б) монотонний,
- в) який чергується.

## Г. ДІАГНОСТИЧНА ПРОГРАМА

### Г. 1 Загальні діагностичні критерії хронічного холециститу

**Скарги:** біль у правому під掖ер'ї, іноді в епігастрії, області пупка (частіше після фізичного чи емоційного напруження, погрішностей у дієті, інфектурних захворювань), можлива іррадіація в праве плече, праву лопатку; нудота,

блювота жовцю, гіркота в роті, відрижка, порушення стулу (схильність до послаблення чи закрєп), прояви хронічної неспецифічної інтоксикації.

**Об'єктивне дослідження:** обкладений язик, при пальпації біль у правому підребер'ї, епігастрії, області пупка, позитивні міхурові симптоми, збільшення розмірів печінки (не більше 3-х см з-під реберного краю, печінка щільна, не скорочується після прийому холекінетиків), помірно виражені симптоми хронічної неспецифічної інтоксикації.

**Клінічні синдроми:** диспептичний, больовий, астено-вегетативний, холестатичний, хронічної неспецифічної інтоксикації.

**Діагностика.** Лабораторне дослідження:

1. Клінічний аналіз крові — незначний нейтрофільний лейкоцитоз, тенденція до прискорення ШОЕ (при загостренні).
2. Біохімічне дослідження сироватки крові — помірно виражений синдром холестазу (підвищений рівень холестерину, лужної фосфатази, тенденція до підвищення загального білірубіна за рахунок прямої фракції), верхній рівень норми показників АсАТ, АлАТ (стадія загострення); рівень амілази /ліпази сироватки крові у межах норми.
3. За показаннями мікроскопічне дослідження жовчі — показники запалення (підвищений вміст клітин епітелія, лейкоцитів у порціях В та С, кристали компонентів жовчі — непрямі ознаки стадії загострення або неповної клінічної ремісії); виявлення вегетативних форм лямблій та інш.
4. УЗД — ущільнення і потовщення стінок жовчного міхура (більше 2 мм), «сладж» у жовчному міхурі, наявність перифокального запалення паренхіми печінки.

### Г. 2 Діагностичні критерії стадій перебігу

#### Діагностичні критерії стадії загострення :

значні клінічні прояви больового абдомінального синдрому, диспепсичного синдрому, синдрому хронічної неспецифічної інтоксикації; ознаки запалення у клінічному аналізі крові, біохімічний синдром холестазу (можливий).

#### Діагностичні критерії стадії неповної клінічної ремісії:

помірні клінічні прояви больового абдомінального синдрому, диспептичного синдрому, астено-вегетативного синдрому; показники клінічного аналізу крові у межах норми, біохімічний синдром холестазу (можливий).

#### Діагностичні критерії стадії ремісії:

скарги, клінічні прояви характерних синдромів практично відсутні; показники клінічного аналізу крові у межах норми.

### Г. 3 Діагностичні критерії форми захворювання

Легка форма — больовий синдром не різко виражений, загострення 1–2 рази на рік, тривалість загострення не більше 2–3 тижнів.

Середньої важкості — стійкі прояви больового, диспепсичного, астено-вегетативного синдрому.

Тяжка — різко виражений больовий та диспепсичний синдроми, характерні часті та тривалі напади жовчної кольки (1–2 рази на місяць та частіше).

## Д. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

| № п/п | Індикатори   | Порогове значення |      |      |      |      | Методика вимірювання (обчислення)  | Заходи впливу  |
|-------|--|-------------------|------|------|------|------|--|--|
|       |  | 2013              | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |  |  |
| 1     | Забезпечення навчання медичного персоналу медико-організаційним технологіям клінічного протоколу   | 75 %              | 80 % | 85 % | 90 % | 95 % | Кількість одиниць медичних працівників, які задіяні у виконанні медико-організаційних технологій даного клінічного протоколу і пройшли навчання x100/ загальна кількість медичних працівників, які задіяні у виконанні клінічного протоколу (фізичних осіб)    | Наявність наказу по закладу про впровадження клінічного протоколу, забезпечення мотивації медичного персоналу до впровадження клінічного протоколу |
| 2     | Тривала ремісія  | 75 %              | 80 % | 85 % | 90 % | 95 % | Кількість дітей, які перебувають в стадії ремісії хронічного холецистохолангіту x100/ кількість дітей, які звернулися у медичний заклад з приводу хронічного холецистохолангіту  | Проведення лікувальних заходів у повному обсязі відповідно до клінічного протоколу   |
| 3     | Відсутність ехографічних ознак ФРБТ  | 80 %              | 80 % | 80 % | 80 % | 80 % | Кількість дітей, у яких не реєструється ехографічних ознак ФРБТ протягом року x100/кількість дітей, які звернулися в лікувальний заклад з приводу ФРБТ і мали ехографічних ознак ФРБТ  | Проведення лікувальних заходів у повному обсязі відповідно до клінічного протоколу   |
| 4     | Після санаторно-курортного лікування поліпшення самопочуття, нормалізація розмірів печінки, поліпшення лабораторних показників, поліпшення адаптаційно-приспосувальницького потенціалу організму | 80 %              | 80 % | 80 % | 80 % | 80 % | Кількість дітей, у яких не реєструється загострення хвороби протягом року після санаторно-курортного лікування x100/кількість дітей, які звернулись у лікувальний заклад після санаторно-курортного лікування протягом року з приводу загострення захворювання | Проведення лікувальних заходів у повному обсязі відповідно до клінічного протоколу   |

Директор Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги МОЗ України

М. К. Хобзей