

Утверждено  
на Экспертной комиссии  
по вопросам развития здравоохранения  
Министерства здравоохранения  
Республики Казахстан  
протокол №10  
от «04» июля 2014 года

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

### **ХОЛЕЦИСТИТ У ДЕТЕЙ**

#### **I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ**

**1. Название протокола:** Холецистит у детей

**2. Код протокола-**

**3. Код(ы) МКБ-10**

К 81.0 Острый холецистит

К 81.1 Хронический холецистит

К 83.0 Холангит

К 83.8 Другие уточненные болезни желчевыводящих путей

К 83.9 Болезнь желчевыводящих путей неуточненная

**4. Сокращения, используемые в протоколе**

АСТ – аспартатаминотрансфераза

АЛТ – аланинаминотрансфераза

ВОП – врач общей практики

ИФА – иммуноферментный анализ

ЛОР – оториноларинголог

ЛФК – лечебная физкультура

*H. pylori* – хеликобактер пилори

ОАК – общий анализ крови

ОАМ – общий анализ мочи

ПЦР – полимеразная цепная реакция

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

ФЭГДС – фиброэзофагогастродуоденоскопия

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЭКГ – электрокардиография

**5. Дата разработки протокола:** 2014 год.

**6. Категория пациентов:** дети.

**7. Пользователи протокола:** детские гастроэнтерологи, педиатры, ВОП, врачи скорой медицинской помощи, фельдшеры.

## **II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

### **8. Определение:**

Хронический холецистит - это хроническое воспалительное поражение стенки желчного пузыря, развивающееся медленно и постепенно с постепенным его склерозированием и деформацией. В детском возрасте холецистит может быть связан с глистными инвазиями и лямблиозом. [9,10]

### **9. Клиническая классификация холецистита у детей [8]:**

#### **По течению:**

- острое;
- хроническое;
- рецидивирующее.

#### **По характеру воспаления:**

- катаральный;
- флегмонозный;
- гангренозный.

#### **По фазе заболевания:**

- обострение;
- неполная ремиссия;
- ремиссия.

### **10. Показания для плановой госпитализации:**

#### **Показания для экстренной госпитализации:**

- выраженный, некупируемый болевой синдром.

#### **Показания для плановой госпитализации:**

- выраженный болевой синдром и диспепсия;
- частые (более 3 раз в год) рецидивы.

### **11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:**

#### **11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**

- ОАК (6 параметров);
- ОАМ;
- Биохимия крови (определение АСТ, АЛТ, билирубина);
- Исследование кала (копрограмма);

- Дуоденальное зондирование;
- УЗИ органов брюшной полости;

### **11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**

- Биохимия крови (определение альфа-амилаза, глюкозы, щелочной фосфатазы, холестерина)
- ФГДС;
- Холангиохолецистография внутривенная;
- Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ)
- ЭКГ.

### **11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию:**

- ОАК (6 параметров);
- Биохимия крови (АЛТ, АСТ, билирубин);
- Исследование кала (копрограмма);
- Исследование кала на гельминты и простейшие;
- УЗИ органов брюшной полости.

### **11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования непроведенные на амбулаторном уровне):**

- ОАК (6 параметров);
- ОАМ;
- Биохимия крови (АЛТ, АСТ, билирубин);
- Исследование кала (копрограмма);
- Дуоденальное зондирование;
- Бактериологический анализ желчи;
- УЗИ органов брюшной полости;

### **11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования непроведенные на амбулаторном уровне):**

- Биохимия крови (определение диастазы, глюкозы крови, щелочной фосфатазы, холестерина)
- ФГДС;
- Холангиохолецистография внутривенная;
- ЭРХПГ

### **11.6 Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи:**

- ОАК;

- Биохимия крови (определение диастазы, глюкозы крови);
- УЗИ органов брюшной полости.

## **12. Диагностические критерии:**

### **12.1 Жалобы и анамнез:**

#### **Жалобы:**

Тупые приступообразные боли в правом верхнем квадранте (особенно после жирной и жареной пищи, острых блюд, газированных напитков) в сочетании с диспепсическими расстройствами горечь во рту[7]:

- рвота;
- отрыжка;
- снижение аппетита;
- запор или неустойчивый стул;
- дерматиты;
- головная боль;
- слабость;
- утомляемость.

#### **Анамнез:**

- погрешности в питании;
- дисфункция билиарного тракта;
- малоподвижный образ жизни;
- злоупотребление некоторыми лекарственными препаратами;
- атония желчного пузыря;
- патология развития;
- наследственная отягощенность.

### **12.2 Физикальное обследование [7,8,11]:**

резистентность мышц в правом подреберье, положительные «пузырные» симптомы: Керра (болезненность в точке желчного пузыря), Ортнера (болезненность при косом ударе по правому подреберью), Мерфи (резкая болезненность на вдохе при глубокой пальпации в правом подреберье), болезненность при пальпации правого подреберья, симптомы умеренно выраженной хронической интоксикации.

### **12.3 Лабораторные исследования [7,8,11]:**

ОАК (лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ), бактериологическое, цитологическое и биохимическое исследование дуоденального содержимого (снижение относительной плотности, увеличение вязкости, сдвиг pH в кислую среду, уменьшение содержания желчных кислот, билирубина).

### **12.4 Инструментальные исследования [5,7,8,11]:**

**На УЗИ** - уплотнение и утолщение желчного пузыря более 2 мм, увеличение его размеров более чем на 5 мм от верхней границы нормы, наличие паравезикальной эхонегативности, сладж-синдром (Международные критерии воспаления желчного пузыря, Вена, 1998);

**ФГДС** - эндоскопический метод диагностики, позволяющий детально рассмотреть состояние слизистой оболочки верхней части желудочно-кишечного тракта, в частности, сфинктер Одди. Также во время ФЭГДС берется на исследование желчь;

**Холангиохолецистография** — позволяет выяснить анатомическое строение и функциональное состояние жёлчного пузыря и жёлчных протоков, выявить наличие в них конкрементов (желчнокаменная болезнь), воспалительных изменений (холецистит, холангит), нарушение опорожнения (дискинезии);

**Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография** – при исследовании можно получить изображение всей желчевыводящей системы, а также выявить различные дефекты наполнения. Кроме диагностических возможностей, позволяет осуществлять лечебные манипуляции, например удаление камней из дистальных отделов желчных протоков или папиллосфинктеротомию;

**Дуоденальное зондирование** – позволяет определить тип секреции желчи, учитывают время появления порций и количество желчи. При обнаружении хлопьев слизи, билирубина, холестерина ее микроскопируют: наличие лейкоцитов, билирубинатов, лямблий подтверждает диагноз. Наличие изменений в порции В указывает на процесс в самом пузыре, а в порции С – на процесс в желчных ходах.

### 12.5 Показания для консультации специалистов

- Консультация ЛОР – с целью санации носоглотки;
- Консультация стоматолога – с целью санации ротовой полости;

### 12.6 Дифференциальный диагноз [5,7,10,11]

Таблица 1 Дифференциальный диагноз холецистита у детей

Заболевания	Клинические критерии	Лабораторные показатели
Хронический гастродуоденит	Локализация боли в эпигастрии боли в области пупка и пилородуоденальной зоне; выраженные диспептические проявления (тошнота, отрыжка, изжога, режесрвота); сочетание ранних и поздних болей;	Эндоскопические изменения на слизистой оболочке желудка и ДК (отек, гиперемия, кровоизлияния, эрозии, атрофия, гипертрофия складок и т.д.); Наличие <i>H. pylori</i> - цитологическое исследование, ИФА и др.
Хронический панкреатит	Локализация боли слева выше пупка с иррадиацией влево, может быть опоясывающая боль	Повышение амилазы в моче и крови, активность трипсина в кале, стеаторея, креаторея. По УЗИ - увеличение размеров

		железы и изменение ее экологической плотности
Хронический энтероколит	Локализация боли вокруг пупка или по всему животу, уменьшение их после дефекации, вздутие живота, плохая переносимость молока, овощей фруктов, неустойчивый стул отхождение газов	В копрограмме - амилорея, стеаторея, креаторея, слизь, возможны лейкоциты, эритроциты, признаки дисбактериоза.
Язвенная болезнь	Боли «преимущественно» поздние, через 2-3 часа после еды. Возникают остро, внезапно, болезненность при пальпации резко выражена, определяется напряжение брюшных мышц, зоны кожной гиперестезии, положительный симптом Менделя.	При эндоскопии – глубокий дефект слизистой оболочки окруженный гиперемизированным валом, могут быть множественные язвы.

### 13. Цели лечения:

- снятие обострения заболевания;
- коррекция моторных нарушений;
- купирование воспалительного, болевого и диспепсического синдромов

### 14. Тактика лечения

#### 14.1 Немедикаментозное лечение

Диета №5 при холецистите – это один из важнейших пунктов лечения и включает учащение приема пищи до 4-6 раз в день. Суточная калорийность рациона соответствует калорийности для здорового ребенка. В стационаре больной получает стол № 5 по Певзнеру.

Минеральные воды стимулируют секрецию желчи, выделение, уменьшение вязкости и разжижение ее. Воду пьют в количестве 3 мл на 1 кг массы тела маленькими глотками. Чаще применяют эссендуки № 4, 17 боржом. Если холецистит осложняется гиперацидным гастритом, то минеральную воду (эссендуки № 4 боржом) дают за 1–1,5 ч до еды, гипоацидным или нормацидным гастритом – за 40 мин до приема пищи. Курс лечения минеральными водами. 2 недели. с перерывом между следующим курсом в 3–6 мес.

*Лечебная физкультура* существенно улучшает отток желчи и является важным компонентом лечения больных, страдающих хроническим холециститом и функциональным расстройством билиарного тракта

*Санаторно-курортное лечение.* В санаторном лечении нуждаются дети с длительным течением болезни, с частыми обострениями.

## 14.2 Медикаментозная терапия.

Принцип	Группа препаратов	Название препарата.	Дозы, кратность приема
Антибактериальная терапия	Группы пенициллинов широкого спектра действия	Амоксициллин 250 мг, табл.;	250 мг, 500мг капсула, 500 мг, детям 2-7лет 250 3 раза в день , старше 7 лет 500мг 3 раза
	Группы макролидов	Азитромицин, 250 мг	детям от 6 до 12 лет 20мг/кг 1 раз в день, старше 12 лет 500мг в в деньзасутки
	Производное 5-нитроимидазола	Орнидазол, - 250 мг, 500мг табл.,	детям с массой 15-25кг назначают по 0,5г 1 раз в сутки; с массой 25-35 кг по 1.0г в сутки; с массой более 35 по1,5 г 1 раз в сутки
	Триметоприм+Сульфаметоксазол,	Ко-тримоксазол 120,240,480	1-2т.2 раза в день
При высеve грибковой флоры	Противогрибковые препараты	Интраконазол оральный раствор 150 мл -	10 мг/мл. детям 0.2г в сутки раз
Антисекреторные препараты	Ингибиторы ПП	Омепразол	дети с массой тела 10- 20кг по 10мг 1 раз в день, при необходимости до 20мг 1 раз в день; дети с массой тела более 20 кг- по 20 мг 1 раз в день;
		Лансопразол	10-20мг 1 раз в день
		Эзомеразол	10-20мг 1 раз в день
Коррекция моторных нарушений	Спазмолитики	Дротаверин	от 6 до 12 лет максимальная суточная доза составляет 80 мг в два приема, детям старше 12 лет максимальная суточная доза составляет 160 мг в 2-4 приема.
		Гиосцина бутилбромид	детям до 1 года – внутрь в виде суспензии по 5 мг 2-3 раза в сутки или по 1 свече (ректальные свечи по для детей младшего возраста по 7,5 мг), детям старше 6 лет по 1-2 таблетки 3-5

			раз в день.
		Платифиллин, 0,2% амп.	0,2-0,3мг/кг 2 раза в день
	Прокинетики	Домперидон 10 мг, таблетка	0,25-1,0 мг/кг;
Улучшающие моторику желчного пузыря и разжижение содержимого желчного пузыря	Желчегонные препараты	Силимарин, 100мг	детям старше 6 лет 1 капсула в 3 приема
		Магния сульфат 25%-20мл ампула;	0.2мг/кг в сутки
		Дымянки лекарственной травы экстракта сухого, 100мг.	Капсула детям старше 6 лет 100мг трехкратно
При диарее	Антидиарейный препарат	Лоперамид	1мес-1год 100-200мкг/кг 2 р в сутки до еды, 1г -12лет 100-200мкг/кг (макс 2мг)3 раза в сутки ,12-18 лет- 2-4мг 2-3 раза в день до еды.
Для повышения иммунного статуса	Витамины	Ретинола пальмитат,	
		Альфа – токоферола ацетат	1 к х 3 раза в день – 10 дней.
		Тиамин бромид 5%,.	1 мл 10 дней
		Пиридоксина гидрохлорид 5%	1 мл 10 дней
Для улучшения пищеварения	Ферментные препараты	Панкреатин – 500-1000 ЕД/липазы на кг веса	капсула детям до 1.5 лет - 50000ЕД/сут; старше 1,5 лет - 100000ЕД/сут
Антибактериальный препарат	Противогельминтный препарат	Пирантел, 250 мг табл.; 125 мг пероральная суспензия;	в возрасте от 6 мес. до 2 лет - 125мг(1/2таб. или 1/2 лож.); от 6 до 12 лет - 500мг (2таб, или 2лож.); старше 12 лет 750 мг (3таб. или 3лож.)
		Мебендазол, 100 мг жевательная таблетка.	детям старше 10 лет по 100мг однократно
снижающие кислотность желудочного содержимого путем нейтрализации или адсорбции соляной кислоты желудочного сока	Антацидный препарат	Алгелдрат+Магния гидроксид, 15 мл пак;	детям от 4 до12 мес. -7,5 мл (1/2ч.л.), старше года15мл.(1ч.л.),
При выраженном метеоризме	Препарат, снижающий явления метеоризма	Симетикон	1-2 ч.ложки эмульсии или капли или 1-2 таблетки; детям раннего возраста по 1 ч.ложке эмульсии с пищей или



			капли 3-5 раз.
Препараты защищающие и восстанавливающие клетки печени	Гепатопротекторы	Урсодезоксихолевая кислота 250 мг, 500мг капсула	10мг/кг/сут однократно
		Расторопши пятнистой плодов экстракта сухого, 200мг	детям старше 6 лет 200мг трехкратно

#### 14.2.1 медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:

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

- Триметоприм+Сульфаметоксазол по 240-480 мг таблетки;
- Амоксициллин 250 мг, табл.; 250 мг, 500мг капсулы, 500 мг, 1000 мг порошок для приготовления инъекционного раствора, 125/5 мл во флаконе суспензия;
- Азитромицин, 250 мг таблетки;
- Орнидазол, - 250 мг, 500мг таблетки;
- Интраконазол оральный раствор 150 мл - 10 мг/мл;
- Домперидон, 10 мг, таблетки;
- Силимарин, 100 мг, капсулы;
- Панкреатин, 10 000 ЕД ,капсулы;
- Алгелдрат+Магния гидроксид, 15 мл пакетики;
- Пирантел, 250 мг таблетки;
- Мебендазол, 100 мг жевательные таблетки;
- Дротаверин 40 мг, 80 мг таблетки;
- Гиосцина бутилбромид 10, 20мг таблетки;
- Платифиллин, 0,2% ампулы;

##### Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения).

- Ретинола пальмитат (Вит А), 100 тыс МЕ капсулы;
- Альфа-токоферилацетат (Вит Е), 100мг. капсулы;
- Пиридоксинагидрохлорид (Вит В<sub>6</sub>) 0,01 г, 0,002 г. таблетки;
- Тиаминбромид (Вит В<sub>1</sub>) 40 мг таблетки.

#### 14.2.2 Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне:

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

- Триметоприм+Сульфаметоксазол по 240-480 мг таблетки;
- Амоксициллин 250 мг. таблетки;
- Азитромицин, 250 мг. таблетки;
- Орнидазол, 250 мг, 500мг таблетки;

- Метронидазол 250мг р-р для инфузии;
- Интраконазол оральный раствор 150 мл.;
- Домперидон, 10 мг, таблетки;
- Силимарин, 100мг., капсулы;
- Магния сульфат 25%-20мл ампулы;
- Панкреатин, 10 000 ЕД капсулы;
- Алгелдрат+Магния гидроксид, 15 мл пакетики;
- Пирантел, 250 мг таблетки;
- Мебендазол, 100 мг жевательные таблетки;
- Дротаверин 40 мг, 80 мг таблетки;
- Гиосцина бутилбромид 10, 20мг таблетки;
- Платифиллин, 0,2% ампулы.

**Перечень дополнительных медикаментов (менее 100% вероятности применения)**

- Урсодезоксихолевая кислота 250 мг, 500мг капсулы;
- Дымянки лекарственной травы экстракта сухого, 100мг. капсулы;
- Расторопши пятнистой плодов экстракта сухого, 200мг. капсулы;
- Ретинола пальмитат (Вит А), 100 тыс МЕ капсулы;
- Альфа-токоферилацетат (Вит Е), 100мг. капсулы;
- Пиридоксинагидрохлорид (Вит В<sub>6</sub>) 0,01 г, 0,002 г. таблетки;
- Тиаминобромид (Вит В<sub>1</sub>) 40 мг таблетки.

**14.2.3 Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи:**

- Дротаверина гидрохлорид 40мг. таблетки;
- Гиосцина бутилбромид 10мг таблетки, свечи ректальные;
- Платифиллина 0,2% раствор;
- Папаверина 1% раствор.

**14.3. Другие виды лечения:**

**14.3.1 Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне:**

**14.3.2 Другие виды, оказываемые на стационарном уровне:**

- Лечебная физкультура

**14.4. Хирургическое вмешательство: не проводится.**

**14.5 Профилактические мероприятия**

- предупреждение инфекционных осложнений
- предупреждение формирования желчекаменной болезни

**14.6 Дальнейшее ведение**

Дальнейшее ведение больных с холециститом проводится согласно приказу МЗ РК от 26 декабря 2012 года № 885.

Частота наблюдения 2 раза в год (плановая), в зависимости от состояния пациента частота может увеличиться.

Медицинские осмотры проводятся согласно маршруту пациента, при появлении признаков прогрессирования и изменении лабораторных показателей направление к ВОП. Соответственно врачи проводят контроль за состоянием пациента. При появлении признаков прогрессирования направляют в стационар. Дополнительно консультация профильных специалистов - Врач-гастроэнтеролог

Наименование и частота лабораторных и диагностических исследований - ОАК, ОАМ 2 раза в год (в течение 2 -3 дней). Биохимический анализ крови 2 раза в год (в течение 1 недели). УЗИ органов брюшной полости, холангиография 1 раз в год по показаниям (в течение 1 недели).

Основные лечебно-оздоровительные мероприятия рекомендации по ведению здорового образа жизни, коррекция факторов риска. Соблюдение диеты (№ 5), 2-3 раза в году холеретические или холекинетические средства, санаторно-курортное лечение. Санация хронических инфекций

### **15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе**

- отсутствие обострения заболевания;
- восстановление моторных нарушений;
- отсутствие воспалительного, болевого и диспепсического синдромов.

## **III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА**

### **16. Разработчики:**

- 1) Орынбасарова К.К. – д.м.н., заведующая кафедрой детских болезней РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова».
- 2) Смагулова А.Б. – доцент кафедры амбулаторно-поликлинической педиатрии РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», к.м.н.
- 3) Худайбергенова М.С. – клинический фармаколог АО «Национальный научный медицинский центр»

**17. Указание на отсутствие конфликта интересов:** отсутствует.

### **18. Рецензент:**

Уразова С.Н., д.м.н, АО «Медицинский университет Астана», заведующая кафедрой общей врачебной практики № 2

### **19. Условия пересмотра протокола:**

Пересмотр протокола через 3 года и/или при появлении новых методов диагностики и/или лечения с более высоким уровнем доказательности.

## **20. Список использованной литературы:**

- 1) Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / Под ред. И.Н.Денисова, В.И.Кулакова, Р.М. Хаитова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. - 1248 с.:
- 2) Клинические рекомендации+фармакологический справочник: Под ред. И.Н.Денисова, Ю.Л. Шевченко - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.-1184с.:ил. (серия «Доказательная Медицина»)
- 3) Society of Nuclear Medicine Procedure Guideline for Hepatobiliary Scintigraphy version 3.0, approved June 23, 2001. Society of nuclear medicine procedure guidelines manual; March 2003. – 357p.
- 4) Evidence-based clinical practice guidelines on the diagnosis and treatment of cholecystitis Domingo S. Bongala, Jr., MD, FPCS, Committee on Surgical Infections, Philippine College of Surgeons, Epifanio de los Santos Avenue, Quezon City, Philippines
- 5) Болезни детей старшего возраста, руководство для врачей, Р.Р. Шиляев и др., М, 2002
- 6) Рецепты диетических блюд, рекомендованных при холецистите, М Смирнова; РИПОЛ классик, 2013, 150с.
- 7) Холецистит и другие болезни желчного пузыря Г. В. Болотовский; М., 2007. 160с.
- 8) Хронические заболевания желчевыводящих путей, Р. А Иванченкова. М.: Издательство «Атмосфера», 2006. 416 с.: ил.
- 9) Детская гастроэнтерология, Т.Г. Авдеева, Ю.В. Рябухин, Л.П. Парменова; М., 2009, - 210
- 10) Практическая гастроэнтерология для педиатра, М.Ю. Денисов, М. 2004, 204с
- 11) Поликлиническая педиатрия, А.С. Калмыкова, М., Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2007. 621 с.