|  |  |
| --- | --- |
| **ПОГОДЖЕНО****Заступник Директора****Департаменту охорони здоров’я****Виконавчого органу Київської міської ради****(Київської міської Державної адміністрації)****Курмишов О.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 року**  | **ЗАТВЕРДЖЕНО****Директор****Приватне підприємство «ПАО»****Ярошенко О.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 року** |

**ПРИВАТНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«ПАО»**

**Загальнотерапевтичні та гастроентерологічні відділення усіх рівнів**

**ЛОКАЛЬНИЙ ПРОТОКОЛ**

*Надання медичної допомоги хворим на хронічний холецистит.*

1. **ПАСПОРТНА ЧАСТИНА.**
	1. **Діагноз:** *Надання медичної допомоги хворим на хронічний холецистит.*
	2. **Шифр МКХ -10:**
2. К 81 Холецистит (без холелітіазу)
3. К 81.1 Хронічний холецистит.
	1. **Дата складання:**
	2. **Дата перегляду:**
	3. **Наказ по ПРИВАТНОМУ ПІДПРИЄМСТВУ «ПАО» щодо розробки Локального протоколу.**
	4. **Члени робочої групи з розробки локального протоколу:**

|  |  |
| --- | --- |
| **П.І.Б.** | **ПОСАДА** |
| **Іващенко-Коронкова Катерина Віталіївна** | **Головний лікар** |
| **Рейнгардт Борис Костянтинович** | **Лікар-гастроентеролог** |

* 1. **Медико - технологічні документи галузевого рівня на підставі яких був розроблений протокол:**
* [**Наказ МОЗ України від 13.06.2005 № 271 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія»;**](http://medsprava.com.ua/mcfr/medsprava/271_nakaz.docx)
* [**Наказ МОЗ України від 28.12.2009 № 1051 «Про надання медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю»;**](http://medsprava.com.ua/mcfr/medsprava/1051_nakaz.docx)
* **Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації, що використовується в закладах охорони здоров’я»;**
* **Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення і впровадження медико-технологічних документів по стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров’я»;**
	1. **Матеріально-технічне забезпечення (Додаток 1).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Положення локального Протоколу медичної допомоги | Необхідні дії згідно стандарту | Строки виконання | Виконавці | Індикатори якості медичної допомоги |
| Організація надання медичної допомоги  | 1.Запис пацієнта через реєстратуруНадання допомоги лікарем-гастроентерологом проводиться в кабінеті лікаря-гастроентеролога2.Оформлення медичної картки форма 043/o;3.Оформлення лікарем-гастроентерологом згоди пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення форми 003-6/о;4.Заповнення виписки із медичної карти амбулаторного хворого 027/о;5.Заповнення консультаційного висновок спеціаліста 028/o;6.Оформлення фінансових документів, якщо надана послуга за спец рахунком. | п. 1. до 5 хвилин-п.2; п.3; п.4; п.5; п.6 – до 30 хвилин | РеєстраторП.І.Б.Лікар-гастроентерологП.І.Б.каб.тел. | Наявність локального протоколу у лікаря.Наявність у кожного пацієнта медичної картки хворого, форми 043/о |
| Діагностика  | Обов’язкові методи діагностики:Скарги та огляд:* Болі в правому підребер”ї, епігастральній області, які можуть тривати годинами та посилюватися після прийому жирної, жареної, гострої їжі, яєць, холодних газованих напоїв, вина, пива. Болі ірадіюють в праву лопатку, праву надключичну ділянку, праву поперекову ділянку, інколи в ділянку серця, викликаючи напади кардіалгії (холецистокардіальний синдром)
* Больові відчуття в проекції жовчного міхура при пальпації, особливо при вдосі (позитивний симптом Ортнера, Кера, Мерфі)
* Гіркий присмак у роті зранку
* Нудота
* Відрижка
* Здуття живота
* Порушення стільця – чередування закрепів та послаблення стільця
* Підвищення температури тіла при важкому ступені перебігу захворювання та наявності ускладнень.

Критерії діагностики:* Виявлення при УЗД: потовщення стінки жовчного міхура більше 4 мм – основний діагностичний УЗ-критерій, застою та згущення жовчі – „сладжу”, наявності каменів в жовчному міхурі, деформації жовчного міхура, “відключеного” жовчного міхура)
* Виявлення ознак запалення при мікроскопії та посіві жовчі (під час дуоденального зондування).

Діагностика:***Лабораторна діагностика:**** Клінічний аналіз крові;
* Біохімічні печінкові проби (загальний білірубін та його фракції; АЛТ, АСТ, ЛФ; ГГТП)
* Цукор крові;
* Загальний аналіз сечі;
* Кал на яйця глист;
* Мікроскопічне та бактеріологічне дослідження жовчі.

***Інструментальна діагностика:**** УЗД черевної порожнини: (виявляють потовщення стінок жовчного міхура більше 4 мм – основний діагностичний УЗ-критерій, застій та згущення жовчі – „сладж”, наявність каменів в жовчному міхурі, деформацію жовчного міхура, “відключений” жовчний міхур)
* УЗД з жовчогінним сніданком (для виявлення супутньої дискінезії жовчного міхура)
* Дуоденальне зондування (проводиться тільки за відсутності ЖКХ) з мікроскопією та посівом жовчі
* ЕГДС
* ЕКГ
 |  | Лікар-гастроентерологП.І.Б.каб.тел. | Вчасно поставлений діагноз. Вчасно розпочато лікування. |
| Лікування | **При наявності клінічних та лабораторних ознак запалення, позитивних результатах посіву жовчі** – антибактеріальна терапія. Вибір антибактеріального препарату визначається його здатністю концентруватися в жовчі. Антибактеріальна терапія призначається на 5-7-10 днів при середньому та важкому перебігу захворювання та при приєднанні холангіту.**Симптоматична терапія:**З метою нормалізації моторно-евакуаторної функції жовчовивідних шляхів та усунення спазму сфінктера Одді:* Прокінетики протягом 2-3 тижнів

або* Селективні антагоністи Са протягом 3-4 тижнів

або* Міотропні спазмолітики

**При наявності ознак гіпотонії жовчного міхура, “замазки” в жовчі** рекомендовано:* Жовчогінні препарати
* Сліпий дуоденальний тюбаж - 1 раз у 2-3 дні №3-5

**При наявності мікролітів у жовчі, ознак наявності гіпотонії жовчного міхура, “замазки” в жовчі рекомендовано:*** Препарати жовчних кислот протягом 1-3 місяців.

**Рослинні гепатопротектори** **з жовчогінними властивостями** призначаються з метою нормалізації жовчосинтезуючої функції гепатоцитів. З метою лікування загострення хронічного холециститу рекомендовано призначати не більше 2-3 лікарських засобів з різним механізмом дії в залежності від ступеню важкості перебігу та ускладнень захворювання. | Середня тривалість амбулаторного лікування – 2 тижні. | Лікар-гастроентерологП.І.Б.каб.тел. | Зменшення або зникнення симптомів біліарної диспепсії, поліпшення якості життя. |
| Реабілітація | Слід дотримуватися тривалого режиму харчування з обмеженням жирної, смаженої їжі, рекомендувати часте дробне харчування (стіл №5), виключення алкоголю, газованої води. Літогенність жовчі знижується при сбалансованному вживанні білка (м”яса, риби, творога) та рослинного жира. Раціональний прийом білка та жира підвищує холато-холестериновий коефіцієнт жовчі і зменшує її літогенність. Необхідно вживати достатню кількість овочів і фруктів, які являються основним джерелом харчових волокон. Хворі є трудоздатними, але їм рекомендується додержуватись режиму праці та відпочинку, заняття фізкультурою. Забороняється або значно обмежується паління та алкоголь. При повторній появі диспепсичної симптоматики рекомендується терапія „за вимогою” в амбулаторних умовах. Санаторно-курортне лікування при стійкій ремісії (Моршин, Трускавець, Свалява, Кавказькі Мінеральні Води, Березовські Мінеральні Води, Миргород, Куяльник). |  |  | Дотримання здорового способу життя. |
| Профілактика | УЗД гепатобіліарної зони 1 раз на рік. |  |  |  |