

Рекомендовано
Экспертным советом
РГП на ПХВ «Республиканский центр
развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от «30» ноября 2015 года
Протокол №18

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
Н. 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.

Дата пересмотра протокола: 2015 год.

6. Категория пациентов: дети.

7. Пользователи протокола: детские гастроэнтерологи, педиатры, врач общей практики, врачи скорой помощи, фельдшеры.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:

Оценка на степень доказательности приводимых рекомендаций.

Шкала уровня доказательности:

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
В	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортных или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
С	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
Д	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая фармацевтическая практика.

8. Определение: Хронический холецистит – это хроническое воспалительное поражение стенки желчного пузыря, развивающееся медленно и 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. Диагностические критерии [7, 8, 11]:

10.1 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:

- 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;
- патология развития;
- наследственная отягощенность.

10.2 Физикальное обследование:

резистентность мышц в правом подреберье, положительные «пузырные» симптомы: Кера (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.

10.3 Лабораторные исследования:

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).

10.4 Инструментальные исследования:

- **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.
- **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);
- **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.

11. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации: (плановая, экстренная):

Показания для экстренной госпитализации:

- выраженный, некупируемый болевой синдром.

Показания для плановой госпитализации:

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

12. Диагностические исследования:

12.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ОАК;
- ОАМ;
- Биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, билирубин);
- Исследование кала (копрограмма);
- УЗИ органов брюшной полости;

12.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- Биохимический анализ крови (определение альфа-амилаза, глюкозы, щелочной фосфатазы, холестерина)
- ФГДС;
- Дуоденальное зондирование;
- ЭКГ.

12.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: согласно внутреннему регламенту стационара с учетом действующего приказа уполномоченного органа в области здравоохранения.

12.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования не проведенные на амбулаторном уровне):

- ОАМ – 1 раз в 10 дней
- ОАК – 1 раз в 10 дней
- Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин);
- Исследование кала (копрограмма);
- Бактериологический анализ желчи;
- УЗИ органов брюшной полости;

12.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- биохимический анализ крови (определение диастазы, глюкозы крови, щелочной фосфатазы, холестерина)
- ФГДС;
- холангиохолецистография внутривенная;
- дуоденальное зондирование (если не проводили на амбулаторном уровне).

12.6 Показания для консультации узких специалистов:

- консультация оториноларинголога – с целью выявления хронических очагов инфекции и их санации;
- консультация стоматолога – с целью выявления хронических очагов инфекции и их санации;

12.7 Дифференциальный диагноз [5,7,10,11]:

Таблица 1 - Дифференциальный диагноз холециститы у детей

<i>Заболевания</i>	<i>Клинические критерии</i>	<i>Лабораторные показатели</i>
Хронический гастродуоденит	Локализация боли в эпигастрии боли в области пупка и пилородуоденальной зоне; выраженные диспептические проявления (тошнота, отрыжка, изжога, реж - рвота); 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	Повышение амилазы в моче и

	выше пупка с иррадиацией влево, может быть опоясывающая боль	крови, активность трипсина в кале, стеаторея, креаторея. По УЗИ - увеличение размеров железы и изменение ее эхологической 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

При оценке микросоциальных условий как удовлетворительных и\или нетяжелом уровне расстройства рекомендуется преимущественно амбулаторное лечение. В случае усложненной клинической картины (за счет коморбидных состояний) и\или неэффективности вмешательства на амбулаторном этапе решается вопрос о стационарном лечении.

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 диету № 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 Эссентуки № 4, 17 боржом. Если холецистит осложняется гиперацидным гастритом, то минеральную воду (эссентуки № 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 Медикаментозное лечение:

Основные ЛС (таблица 2 и 3):

Амоксициллин – антибактериальное широкого спектра, бактерицидное. Ингибирует транспептидазу, нарушает синтез пептидогликана (опорный белок клеточной стенки) в период деления и роста, вызывает лизис микроорганизмов. Имеет широкий спектр противомикробного действия. Активен в отношении аэробных грамположительных микроорганизмов, аэробных грамотрицательных микроорганизмов. Не действует на индолположительные штаммы. К его действию устойчивы риккетсии, микоплазмы, вирусы.

Азитромицин – антибиотик широкого спектра действия. Антибиотик-азалид, представитель новой подгруппы макролидных антибиотиков. К азитромицину чувствительны грамположительные кокки: *Streptococcus pneumoniae*, *St. pyogenes*, *St. agalactiae*, стрептококки групп CF и G, *Staphylococcus aureus*, *St. viridans*; грамотрицательные бактерии: *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Bordetella pertussis*, *B. parapertussis*, *Legionella pneumophila*, *H. ducrei*, *Campylobacter jejuni*, *Neisseria gonorrhoeae* и *Gardnerella vaginalis*; некоторые анаэробные микроорганизмы: *Bacteroides bivius*, *Clostridium perfringens*, *Peptostreptococcus spp*; а также *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Ureaplasma urealyticum*, *Treponema pallidum*, *Borrelia burgdoferi*. Азитромицин неактивен в отношении грамположительных бактерий, устойчивых к эритромицину.

Триметоприм+Сульфаметоксазол – ко-тримоксазол, комбинированный противомикробный препарат, состоящий из сульфаметоксазола и триметоприма. Сульфаметоксазол, сходный по строению с ПАБК, нарушает синтез дигидрофолиевой кислоты в бактериальных клетках, препятствуя включению ПАБК в ее молекулу. Триметоприм усиливает действие сульфаметоксазола, нарушая восстановление дигидрофолиевой кислоты в тетрагидрофолиевую - активную форму фолиевой кислоты, ответственную за белковый обмен и деление микробной клетки. Является бактерицидным препаратом широкого спектра действия. Сочетание этих двух препаратов, каждый из которых оказывает бактериостатическое действие, обеспечивает высокую бактерицидную активность в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, в том числе бактерий, устойчивых к сульфаниламидным препаратам.

Противогрибковые препараты - флуконазол, действие обусловлено нарушением целостности мембраны клетки гриба. Азолы имеют широкий спектр противогрибкового действия, оказывают преимущественно фунгистатический эффект. Азолы для системного применения активны в отношении большинства возбудителей поверхностных и инвазивных микозов.

Ингибиторы протонной помпы - лансопразол, эзомепразол, пантопразол – антисекреторные лекарственные препараты для лечения кислотозависимых

заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки и пищевода за счёт блокирования протонной помпы (Н⁺/К⁺-АТФазы) обкладочных (париетальных) клеток слизистой оболочки желудка и уменьшения, таким образом, секреции соляной кислоты. Все ИПП являются производными бензимидазола и имеют близкое химическое строение. Механизм действия различных ИПП одинаков, они различаются, в основном, своей фармакокинетикой и фармакодинамикой. Препаратом первой линии является омепразол. Лансопразол детям назначают при невозможности применения омепразола. Эзомепразол назначают при невозможности применения омепразола и лансопразола.

Спазмолитики – дротаверин, миотропный спазмолитик. Обладает сильным и продолжительным действием. Снижает поступление ионизированного активного кальция в гладкомышечные клетки за счет ингибирования фосфодиэстеразы и внутриклеточного накопления ЦАМФ. Понижает тонус гладких мышц внутренних органов, снижает их двигательную активность, расширяет кровеносные сосуды

Ферментные препараты – панкреатин препарат, улучшающий пищеварение. Восполняет нехватку ферментов поджелудочной железы, оказывает протеолитическое, амилолитическое и липолитическое действие, усиливает расщепление углеводов, белков и жиров в 12-перстной кишке, благодаря чему происходит их более полное и быстрое всасывание. Нормализует процессы пищеварения и улучшает работу желудочно-кишечного тракта.

Урзодезоксихолевая кислота - уменьшает образование камней в желчном пузыре и снижает содержание холестерина, стабилизирует печеночные клетки. Молекулы способны встраиваться в состав мембран гепатоцитов и делать их более устойчивыми к повреждению агрессивными средами. За счет образования безопасных комплексов с токсичными желчными кислотами урзодезоксихолевая кислота нейтрализует их, предотвращая повреждающее действие на мембраны клеток.

Таблица 2 –Основные медикаменты:

<i>МНН</i>	<i>Терапевтический диапазон</i>	<i>Курс лечения</i>
Амоксициллин	250 мг, 500мг капсула, 500 мг, детям 2-7лет 250 3 раза в день , старше 7 лет 500мг 3 раза	7 дней
Азитромицин,	детям от 6 до 12 лет 20мг/кг 1 раз в день, старше 12 лет 500мг в в деньзасутки	7 дней
Триметоприм+Сульфаметоксазол	детям от 3 до 5 лет препарат назначают по 240 мг 2 раза/сут; детям от 6 лет - по 480 мг 2 раза/сут.	7 дней
Флуконазол	1г-12 лет 3-6мг/кг, с 12 лет 50 мг/сут. 1 раз, курс 7-14 дней	7 дней
Омепразол	дети с массой тела 10-20кг по 10мг 1 раз в день, при необходимости до 20мг 1 раз	7-10 дней

	в день; дети с массой тела более 20 кг-по 20 мг 1 раз в день;	
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.	3-5 дней
Панкреатин	500-700 МЕ/кг/сут. х 3 раза во время приема пищи	10 дней
Урсодезоксихолевая кислота	10мг/кг/сут однократно	длительно

Дополнительные медикаменты.

Препараты применяются исключительно как сопутствующая терапия при наличии в клинической картине коморбидных основным проявлениям заболевания состояний (депрессии, поведенческих расстройств, фазовых колебаний настроения)

Гиосцина бутилбромид - м-холиноблокирующее, спазмолитическое. Блокирует м-холинергические рецепторы. Вызывает атропиноподобные эффекты: расслабляет гладкие мышцы ЖКТ, желчевыводящих путей.

Платифиллин - спазмолитическое, вазодилатирующее, седативное. Блокирует м-холинорецепторы и оказывает прямое релаксирующее влияние на гладкие мышцы. Расширяет сосуды, понижает тонус гладкой мускулатуры желчных протоков и желчного пузыря

Домперидон – антагонист рецепторов допамина, улучшает антро-дуоденальную подвижность, оказывает гастрокинетическое действие. Назначается при сопутствующем диспепсическом синдроме.

Расторопши пятнистой плодов экстракта сухого - плоды пятнистой расторопши содержат группу флавоноидных соединений, которые обозначены как силимарин. Препарат реагирует в печени со свободными радикалами и уменьшает их токсичность. Препятствует дальнейшему разрушению структур клеток за счет прерывания процессов перекисного окисления липидов. В поврежденных клетках печени препарат стимулирует образование функциональных и структурных фосфолипидов и белков, стимулируя специфическую РНК-полимеразу, стабилизирует мембраны гепатоцитов, ускоряет регенерацию клеток печени, предотвращает потерю внутриклеточных ферментов (трансаминаз) и клеточных компонентов. Препарат замедляет проникновение в клетки некоторых гепатотоксических веществ.

Силимарин – представляет собой биофлавоноид, получаемый из плодов расторопши пятнистой, включающий изомеры силибинин, силидианин и силикристин. Оказывает гепатопротекторное действие, механизм которого обусловлен антиоксидантной и мембраностабилизирующей активностью силимарина. Тормозит перекисное окисление липидов, стимулирует синтез белка, нормализует обмен фосфолипидов, улучшает микроциркуляцию, стабилизирует мембраны гепатоцитов, ускоряет регенеративные процессы. Силимарин способствует замедлению развития жировой дистрофии, фиброзных изменений печени, защищает клетки печени

от влияния вредных факторов.

Дымянки лекарственной травы экстракта сухого – комбинированный препарат растительного происхождения, содержащий экстракт дымянки лекарственной и сухой экстракт плодов расторопши пятнистой. Экстракт дымянки лекарственной содержит алкалоид *фумарин*, оказывает желчегонное действие, нормализует количество секретируемой желчи, вызывает холеспазмолитический эффект, снижает тонус сфинктера Одди, облегчая поступление желчи в кишечник.

Магния сульфат - спазмолитическое, слабительное, желчегонное. способствует выделению холецистокинина, раздражает рецепторы двенадцатиперстной кишки, оказывает желчегонное действие. Плохо всасывается (не более 20%), повышает осмотическое давление в ЖКТ, вызывает задержку жидкости и ее выход (по градиенту концентрации) в просвет кишечника, увеличивая перистальтику на всем его протяжении, приводит к дефекации (через 4–6 ч).

Антидиарейный препарат – лоперамид, взаимодействует с опиатными рецепторами продольных и кольцевых мышц стенки кишечника и ингибирует высвобождение ацетилхолина и ПГ. Замедляет перистальтику кишечника и увеличивает время прохождения кишечного содержимого. Повышает тонус анального сфинктера, способствует удержанию каловых масс и урежению позывов к дефекации. Ингибирует секрецию жидкости и электролитов в просвет кишечника и/или стимулирует всасывание солей и воды из кишечника

Ретинола пальмитат – активирует окислительно-восстановительные процессы, стимулирует синтез пуриновых и пиримидиновых оснований, участвует в энергообеспечении метаболизма, создавая благоприятные условия для синтеза АТФ. Контролирует скорость цепных реакций в липидной фазе биомембран и поддерживает антиокислительный потенциал различных тканей на постоянном уровне. Регулирует биосинтез гликопротеидов поверхностных мембран клеток, определяющих уровень процессов клеточной дифференциации.

Альфа-токоферола ацетат - витамин Е является антиоксидантом. Предохраняет клеточные мембраны тканей организма от окислительных изменений; стимулирует синтез гема и гемсодержащих ферментов - гемоглобина, миоглобина, цитохромов, каталазы, пероксидазы. Тормозит окисление ненасыщенных жирных кислот и селена. Ингибирует синтез холестерина

Тиамин бромид - витамин В1, в организме в результате процессов фосфорилирования превращается в кокарбоксилазу, которая является коэнзимом многих ферментных реакций. Играет важную роль в углеводном, белковом и жировом обмене, а также в процессах проведения нервного возбуждения в синапсах. Защищает мембраны клеток от токсического воздействия продуктов перекисного окисления.

Пиридоксина гидрохлорид-витамин В6, участвует в обмене веществ; необходим для нормального функционирования центральной и периферической нервной системы. Фосфорилируется, превращается в пиридоксаль-5-фосфат и входит в состав ферментов, осуществляющих декарбоксилирование и переаминирование аминокислот. Участвует в обмене триптофана, метионина, цистеина, глутаминовой и др. аминокислот.

Пирантел – у чувствительных гельминтов блокирует нейромышечную передачу по

типу деполаризующих миорелаксантов, вызывает стойкую деполаризацию и спастический паралич мускулатуры, обеспечивает изгнание глистов из организма. Высокоактивен в отношении инвазий, вызванных острицами, аскаридами, анкилостомами. Активен в отношении. Эффективен при энтеробиозе, анкилостомидозе, некаторозе, трихоцефалезе (в меньшей степени); действует как на половозрелых, так и на неполовозрелых особей обоего пола

Мебендазол - препятствует синтезу клеточного тубулина, нарушает утилизацию глюкозы и тормозит образование АТФ у гельминтов.

Симетикон - препарат, снижающий явления метеоризма, обладает поверхностно-активными свойствами, проявляя способность пеногасителя: снижает поверхностное натяжение пузырьков газа (пеногасящая активность) в пищеварительном тракте, приводя к их разрыву; высвобождающиеся при распаде пузырьков газы поглощаются стенками кишечника или выводятся благодаря перистальтике, уменьшает содержание газов в кишечнике.

Таблица 3 – Дополнительные медикаменты.

<i>МНН</i>	<i>Терапевтический диапазон</i>	<i>Курс лечения</i>
Лансопрозол	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;	10 дней
Эзомеразол	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;	10 дней
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.	3-5 дней
Платифиллин	0,2-0,3мг/кг 2 раза в день	3-5 дней
Домперидон	0,25-1,0 мг/кг;	3-5 дней
Силимарин	детям старше 6 лет 1 капсула в 3 приема	10 дней
Магния сульфат	0.2мг/кг в сутки	3-5 дней
Дымянки лекарственной травы экстракта сухого	Капсула детям старше 6 лет 100мг трехкратно	10 дней
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.	3-5 дней
Ретинола пальмитат	для детей – 1000 – 5000 МЕ/сут в зависимости от	10 дней

	возраста	
Альфа –токоферола ацетат	0,5-1 к х 3 раза в день – 10 дней.	10 дней
Тиамин бромид	0,5-1 мл 10 дней	10 дней
Пиридоксин гидрохлорид	0,5-1 мл 10 дней	10 дней
Пирантел	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.)	1 день
Мебендазол	детям старше 10 лет по 100мг однократно	1 день
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.	3-5 дней
Расторопши пятнистой плодов экстракта сухого	детям старше 6 лет 200мг трехкратно	10 дней

14.2.3 Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи (таблица 4):

<i>МНН</i>	<i>Терапевтический диапазон</i>
Дротаверин гидрохлорид	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.
Платифиллина	0,2-0,3мг/кг 2 раза в день
Папаверин	0,3-0,5 мг/кг веса

14.3 Профилактические мероприятия.

- предупреждение инфекционных осложнений;
- предупреждение формирования желчекаменной болезни .

14.5 Дальнейшее ведение (после стационара):

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:

- 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. Мырзабекова Г.Т. – д.м.н., заведующая кафедрой педиатрии РГП на ПХВ «Алматинский государственный институт усовершенствования врачей».
3. Смагулова А.Б. – доцент кафедры амбулаторно-поликлинической педиатрии РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», к.м.н.
4. Худайбергенова М.С. – клинический фармаколог АО «Национальный научный медицинский центр»

17. Конфликта интересов: отсутствует.

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

18. Условия пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

19. 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.