

Клинический протокол

ГБУ РД «Городская клиническая больница»		
Вид документа	Клинический протокол	
ГБУ РД «ГКБ»	Версия	№ 1
	Запись в Едином реестре документации	№ 324
	Экземпляр	№ 1
	Введен в действие	Дата 17.08.20 21
Конфиденциально	Срок действия	3 года
Название документа	<i>Клинический протокол «Острый холецистит»</i> <i>Коды МКБ (перечислить) К 80.0, К 81.1, К 82.2</i> <i>Возрастная группа - взрослые</i> <i>Год утверждения 2021</i>	

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	<i>Должность</i>			
Согласовано	Главный врач	Малаев Х.М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л.Х.		
	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	Адильханов Б.Г.		
	Заместитель главного врача по хирургической работе	Абдулмажидов Х.М.		
	Заведующий экспертным отделом	Махмудов Ф. Б.		
2021 г.				

I. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Острый холецистит – острое воспаление желчного пузыря, сопровождающееся местной и системной воспалительной реакцией или угрозой ее возникновения.

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Острый холецистит (ОХ) является самым частым осложнением желчекаменной болезни (ЖКБ). Примерно в 90% наблюдений острый холецистит развивается на фоне ЖКБ, а в 10% – при отсутствии камней в желчном пузыре и поэтому обозначается как острый бескаменный холецистит (сосудистый, ферментативный, паразитарный, пр.). Острый бескаменный холецистит нередко развивается у людей пожилого возраста и сопровождается большим числом осложнений и более высокой летальностью.

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В структуре госпитализируемых пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости ОХ занимает второе место (24,4%) после острого аппендицита (26,4%), а холецистэктомия (ХЭ) - в структуре экстренных и неотложных операций (25,3%) после аппендэктомии (42,5%) [9]. В США ежегодно ХЭ подвергается от 350 тыс. до 500 тыс. человек, летальность в случаях острого холецистита варьирует от 0,4 до 3,0% [10].

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

К80.0 камни желчного пузыря с острым холециститом
К81.0 острый холецистит
К82.2 прободение желчного пузыря

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Таблица. 2 Классификационные принципы острого холецистита

По этиологии	По патогенезу	Клинико-морфологические формы	По тяжести	
Калькулезный	Обтурационный	Катаральный Флегмонозный Гангренозный Перфоративный	Легкое течение (Grade I)	
Бескаменный	Ферментативный Сосудистый		Средней тяжести (Grade II)	
Паразитарный			Тяжелое течение (Grade III)	

Примечание: Классификация ОХ по тяжести течения заболевания описана в Приложении Г4.

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Развитию острого калькулезного холецистита обычно предшествует приступ желчной колики, спровоцированный употреблением жирной пищи, большим перерывом в еде, тряской ездой и резкими изменениями положения тела. При сборе анамнеза 45-80 % таких пациентов сообщают о наличии в прошлом подобных приступов. Продолжительность колики, приводящая к развитию

ОХ, обычно превышает несколько часов. При развитии ОХ боль нарастает, захватывая правое подреберье и эпигастральную область, может иррадиировать в межлопаточную область, правую лопатку или плечо. Боль по характеру постоянная или схваткообразная, тупая, иногда мучительная. Присоединяются признаки раздражения брюшины - усиление боли при сотрясении брюшной стенки и глубоком вдохе. Возможны рвота, вздутие живота и одышка вследствие вынужденного ограничения глубины вдоха. При пальпации определяются характерные симптомы (Приложение Г1, табл. 1 и 2). Наблюдается лихорадка низких градаций, реже – высокая с ознобом. Позднее возможно присоединение желтухи вследствие вовлечения в воспаление прилегающей ткани печени, желчных протоков и лимфоузлов. Признаки разлитого перитонита определяются при перфорации ЖП.

В большинстве случаев продолжительность острого холецистита составляет 1-4 дня. Возможно самопроизвольное стихание воспалительного процесса или его прогрессирование с развитием жизнеугрожающих осложнений. У 10–30% пациентов с острым холециститом развиваются гангрена, эмпиема или перфорация ЖП; возможно развитие восходящего холангита.

При развитии признаков механической желтухи, острого холангита или острого панкреатита следует исключить сопутствующий холедохолитиаз.

Острый холангит развивается у пациентов с холедохолитиазом и в классических случаях проявляется триадой Шарко – болью и наличием болезненности при пальпации в правом верхнем квадранте живота, гектической лихорадкой с ознобами, и механической желтухой.

При остром бескаменном холецистите симптомы аналогичны проявлениям острого калькулезного холецистита. Однако с учетом того, что он чаще развивается на фоне тяжелого основного заболевания, могут одновременно выявляться спутанность сознания, существенные изменения гемодинамики; в большей степени характерно развитие динамической кишечной непроходимости. Вследствие многообразия симптоматики заболевания, возможны диагностические трудности и ошибки.

II. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления диагноза

Диагноз острый холецистит устанавливается на основании следующих данных:

- клинических (боль в правом подреберье);
- лабораторных (увеличение лейкоцитов крови более $10 \cdot 10^9/\text{л}$ с увеличением числа нейтрофильных и палочкоядерных форм);
- инструментальных (характерные ультразвуковые признаки ОХ: увеличение размеров ЖП; утолщение стенки более 3 мм с признаками ее отека и нарушением эхоструктуры; наличие блокирующего конкремента в шейке желчного пузыря в случае острого калькулезного холецистита; наличие перивезикального жидкостного скопления).

Дифференциальный диагноз при подозрении на ОХ включает ряд экстра- и интраабдоминальных заболеваний:

- правосторонняя нижнедолевая пневмония;
- инфаркт миокарда;

- опоясывающий лишай;
- язвенная болезнь в ст. обострения;
- перфоративная язва;
- острый панкреатит;
- гепатит;
- острая кишечная непроходимость;
- острый аппендицит.

2.1 Жалобы и анамнез

Характерные для пациентов с острым холециститом жалобы и данные анамнеза указаны в разделе 1.6.

2.2 Физикальное обследование

Характерные для пациентов с острым холециститом данные физикального обследования приведены в Приложении Г1 (табл.1 и 2).

2.3 Лабораторные диагностические исследования

- Пациентам с клиническими проявлениями ОХ рекомендуется лабораторное обследование, являющееся вспомогательным методом, позволяющим определить тяжесть состояния [15-21].
- Пациентам с клиническими проявлениями ОХ рекомендуется выполнить общий (клинический) анализ крови с целью определения выраженности воспалительных изменений [1-8, 15].
- Пациентам с клиническими проявлениями ОХ рекомендуется выполнить анализ крови биохимический общетерапевтический с определением уровня С-реактивного белка, билирубина, щелочной фосфатазы, аланинаминотрансферазы, аспаратаминотрансферазы в крови с целью диагностики синдрома холестаза [1-8, 19, 20,131].
- Пациентам с клиническими проявлениями ОХ рекомендуется определение активности амилазы в крови и исследование уровня глюкозы в крови с целью исключения билиарного панкреатита и сопутствующего сахарного диабета [1-8].
- Для оценки состояния гемостаза и реологических свойств крови пациентам с клиническими проявлениями ОХ рекомендовано определение количества тромбоцитов, протромбиновое время, международное нормализованное отношение, агрегационную способность эритроцитов и тромбоцитов, коагуляционную активность крови. Профили коагуляции полезны, если пациенту предстоит оперативное вмешательство [1-8].

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- Всем пациентам с подозрением на ОХ с целью подтверждения диагноза рекомендуется проведение ультразвукового исследования печени, желчного пузыря и протоков [22-29].
- Пациентам при нетипичной клинической картине ОХ, недостаточной информативности УЗИ, а также для дифференциальной диагностики заболевания и его осложнений рекомендуется выполнение КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием. Пациентам с ОХ при недостаточной информативности УЗИ и КТ, с целью дифференциальной диагностики и выявления осложнений заболевания рекомендуется выполнение МРТ органов брюшной полости (при технической возможности) [25, 40-41].

- Пациентам с ОХ при выявлении расширения холедоха по данным УЗИ и отклонении лабораторных показателей (повышения активности трансаминаз, ЩФ, ГГТ, общего билирубина ≤ 4 мг/дл (68 мкмоль/л), но при отсутствии четкой визуализации камня холедоха, с целью подтверждения или исключения холедохолитиаза рекомендуется проведение магнитно-резонансной холангиопанкреатографии или эндоскопического УЗИ панкреато-билиарной зоны (при технической возможности) [22, 40-42].
- Пациентам с ОХ при выявлении холангиолитиаза с помощью УЗИ или других методов и повышении уровня общего билирубина >4 мг/дл, с целью визуализации протоковой системы перед планируемой эндоскопической литоэкстракцией из холедоха или эндоскопическим назобилиарным дренированием рекомендуется проведение ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ) [42].

III. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.

3.1. Консервативное лечение

- Пациентам с желчной коликой и острым холециститом с целью купирования боли рекомендуется назначение спазмолитиков (АТХ Папаверин и его производные) парентерально до момента разрешения симптомов или проведения ранней холецистэктомии [16,48,49,56].
- Пациентам с ОХ рекомендуется инфузионная терапия с целью коррекции метаболических нарушений (использование растворов, влияющих на водно-электролитный баланс, **Антибактериальная терапия у пациентов ОХ**
- Пациентам с ОХ в назначении антибиотиков рекомендуется индивидуальный подход на основании данных клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования [7,57-61].
- Пациентам с ОХ при назначении антибиотиков рекомендуется отдавать предпочтение препаратам с хорошей проникающей способностью в желчевыводящие пути [57-60].
- Пациентам с легким течением ОХ назначение антибиотиков не рекомендуется [7, 103].
- Пациентам с ОХ среднетяжелого и тяжелого течения с целью предотвращения прогрессирования воспаления и развития осложнений рекомендуется назначение антибактериальных препаратов системного действия [53-59].

3.2. Хирургическое лечение

- Хирургическое лечение пациентам с ОХ рекомендуется выполнять в ранние сроки (до 72 часов) от начала заболевания [61-67].
- Пациентам с ОХ рекомендуется выполнять раннюю лапароскопическую холецистэктомию, как только подготовлены соответствующие условия для оперативного вмешательства [61-67].
- Пациентам с ОХ рекомендуется выполнять холецистэктомию из минилапаротомного доступа в качестве альтернативы лапароскопической холецистэктомии [70-75].
- Пациентам с ОХ с высоким операционно-анестезиологическим риском, обусловленным декомпенсацией сопутствующих заболеваний, возрастом, осложнениями ЖКБ или выраженными воспалительно-инфильтративными изменениями, у которых, однако, имеются перспективы проведения радикальной хирургической операции, рекомендуется

наложить чрескожную чреспеченочную холецистостому под контролем ультразвукового исследования с последующим решением вопроса о выполнении холецистэктомии в плановом порядке [76-81].

- Пациентам с ОХ, осложненным перитонитом, рекомендуется выполнять экстренную операцию в первые 2-3 часа с момента поступления [48,49,82,83].
- При возникновении затруднений во время хирургического вмешательства у пациентов с ОХ рекомендуется заново пересмотреть анатомические ориентиры, пригласить более опытного врача-хирурга, перейти к холецистэктомии «от дна» или перейти к открытой операции [84,85].
- У пациентов с ОХ при аномалиях строения желчных путей или высоком риске выполнения холецистэктомии в сложных ситуациях с целью безопасного завершения операции рекомендуется наложение холецистостомы или проведение субтотальной холецистэктомии (лапароскопической или открытой) или выполнение эндоскопического транспапиллярного дренирования ЖП с возможной отсроченной холецистэктомией [84,85, 132-134].
- Пациентам с ОХ и гнойным холангитом, особенно при имеющейся клинике септического шока, рекомендуется осуществлять интенсивную предоперационную подготовку в течение 6-12 часов с применением антибактериальной терапии, после чего выполняется декомпрессия желчных путей [75,88].
- Пациентам старческого возраста с ОХ, с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, создающими предельно высокий операционно-анестезиологический риск, не позволяющий в дальнейшем планировать выполнение радикальной операции, по срочным показаниям рекомендуется выполнение паллиативной операции - холецистостомии с интраоперационной или эндоскопической литоэкстракцией в послеоперационном периоде [75,89,90].

Хирургическое лечение пациентов с острым холециститом, осложненным механической желтухой

- У пациентов с ОХ, осложненным механической желтухой без признаков перитонита, рекомендуется выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии и литоэкстракции конкрементов из холедоха с последующей холецистэктомией, выполненной одномоментно или в течение ближайших дней [8,93-95].
- При доминировании у пациентов клиники острого деструктивного холецистита, а также при невозможности или неэффективности эндоскопического восстановления желчеоттока, рекомендуется одномоментная операция: холецистэктомия (ЛХЭ, МХЭ или ОХЭ), холедохолитотомия, наружное дренирование холедоха по показаниям [75,99-101].
- Эндоскопический назобилиарный дренаж и стентирование гепатикохоледоха, равно как и чрескожные чреспеченочные вмешательства рекомендуются в качестве минимально инвазивных технологий, направленных на разрешение механической желтухи, острого холангита и другой патологии внепеченочных желчных протоков у пациентов с ОХ [7,8].

3.3. Послеоперационное лечение

- В послеоперационном периоде пациентам, перенесшим хирургическое лечение ОХ, рекомендуется определение основных лабораторных показателей в динамике (общий

анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический с исследованием уровня билирубина) с целью раннего выявления возможных осложнений [107-109].

- В послеоперационном периоде у пациентов, перенесших вмешательство по поводу ОХ, при подозрении на развитие осложнений рекомендуется проведение УЗИ органов брюшной полости или КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при технической возможности) с целью выявления внутрибрюшной жидкости и расширения протоковой системы [107-109].

3.4. Диетотерапия

- Пациентам с ОХ в дооперационном периоде и в день после операции рекомендуется голод. В послеоперационном периоде рекомендуется раннее энтеральное питание с постепенным увеличением частоты и объема принимаемой жидкости и пищи [110].

Интраоперационные и послеоперационные осложнения

Повреждения желчных протоков (ПЖП) - опасные осложнения холецистэктомии, которые чаще возникают при лапароскопической хирургии (0,4–1,5% случаев) по сравнению с открытой холецистэктомией (0,2–0,3% случаев) [4, 6, 7, 8, 9, 107]. Со времени первых отчетов частота ПЖП постепенно снижается. Однако наблюдаемые в настоящее время повреждения имеют тенденцию быть более серьезными, причем наиболее тяжелые повреждения желчных протоков, печеночных артерий или воротной вены чаще встречаются при лапароскопической холецистэктомии [107-109].

Систематические обзоры, анализирующие данные РКИ, показали более высокую частоту ПЖП при остром холецистите, подтверждая гипотезу о повышении риска ПЖП с увеличением тяжести местного воспаления [107].

- С целью профилактики интраоперационных и послеоперационных осложнений у пациентов с ОХ рекомендуется соблюдать сроки проведения хирургических вмешательств, правила безопасного выполнения операции и своевременный переход от ЛХЭ к открытой операции [107-109].
- При выявленном у пациента с ОХ в ходе лапароскопической операции ПЖП и установленных показаниях к открытому вмешательству, рекомендуется проведение конверсии врачом-хирургом с опытом реконструктивной гепатобилиарной хирургии [107-109].

Дренирование брюшной полости

Большинство пациентов не нуждаются в дренировании брюшной полости после лапароскопической холецистэктомии, но если врач-хирург беспокоится о возможном желчеистечении или чрезмерном выделении серозной жидкости, дренаж уместен. В большинстве случаев по такому дренажу почти ничего не отделяется. Крайне редко профилактический дренаж становится лечебным в случае обильного и упорного желчеистечения. В тех случаях, когда необходимость в уже установленном дренаже сомнительна, крайне важно убрать его как можно раньше. В систематическом обзоре показано, что частота раневой инфекции выше у пациентов с дренажем, как и длительность стационарного лечения [106].

Прогноз

Прогноз у пациентов с ОХ зависит от нескольких факторов: ранняя диагностика и способ лечения, реакция на проводимое лечение, общее состояние пациента. При своевременно проведенном радикальном хирургическом лечении острого холецистита легкой и средней тяжести прогноз

благоприятный. У пациентов угрожаемой группы прогноз в основном зависит от характера и степени компенсации сопутствующих заболеваний.

IV. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.

Среднее пребывание пациентов в стационаре после открытой ХЭ составляет 10-20 суток в зависимости от степени тяжести ОХ. Общая продолжительность нетрудоспособности – 30-60 дней. Оптимальная продолжительность госпитализации и общей реабилитации пациентов ОХ после малоинвазивного лечения (ЛХЭ, МХЭ) существенно (в 2-4 раза) меньше, чем при традиционном хирургическом лечении из широких лапаротомных доступов.

- Медицинская реабилитация рекомендуется всем пациентам с ОХ, выбор оптимального метода реабилитации зависит от каждого конкретного случая ОХ [110-113].
- Медицинскую реабилитацию пациентам после ХЭ, прежде всего при осложнениях ОХ и послеоперационного течения, рекомендуется начинать максимально рано и проводить одновременно с лечением [110-113].
- Пациентам после холецистэктомии рекомендуется санаторно-курортное лечение [114].

Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- В качестве профилактики возникновения ОХ рекомендуется своевременное лечение ЖКБ, заболеваний внепеченочных желчных ходов и поджелудочной железы и регулярное диспансерное наблюдение у врача-гастроэнтеролога, или семейного врача или врача-терапевта [1-4,8,48,49].
- После выполнения холецистэктомии и выписки из стационара наблюдение за пациентом в ближайший месяц рекомендуется проводить совместно врачом-терапевтом и врачом-хирургом, в дальнейшем – консультации и дополнительные исследования проводятся по показаниям, в зависимости от особенностей течения послеоперационного периода и появления клинических симптомов [113].

V. Дополнительные методы диагностики, лечения:

Методы	Наименование, кратность	Нормативный документ
Физиотерапевтические методы		
Клиническая лабораторная диагностика		
Цитологические, гистологические методы диагностики		
Иглорефлексотерапия		
Гирудотерапия		
Экстракорпоральные методы		
Методы традиционной		

китайской медицины		
Методы остеопатии		

VI. Порядок информирования и передачи информации в Роспотребнадзор в случае инфекционной патологии: **порядок информирования не требуется**

VII. Показания для госпитализации и выписки из стационара.

Показанием к госпитализации пациентов являются клинические и лабораторно-инструментальные признаки ОХ.

Основания выписки пациента из медицинской организации

Удовлетворительное общее состояние и самочувствие пациента, нормализации температуры тела, нормализация лабораторных показателей. Продолжительность стационарного лечения пациентов с острым холециститом определяется возможностью купирования острого приступа, проведением холецистэктомии по срочным показаниям или отсроченно, наличием осложнений, течением послеоперационного периода.

VIII Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	К (частота предоставления)	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
	Диагностический этап			
1.	Выполнен общий (клинический) анализ крови	К1	С	5
2.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический с исследованием уровня билирубина, ЩФ, АЛТ, АСТ, амилазы, глюкозы в крови	К1	С	5
3.	Выполнено ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря и протоков	К1	С	2
4.	Выполнена КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием (при технической возможности) при неинформативности УЗИ	К0.7	В	3
5.	Выполнена МРТ органов брюшной полости (при технической возможности) при недостаточной информативности УЗИ и КТ, при подозрении на развитие осложнений	К0.4	В	3

	острого холецистита			
6.	Выполнена МРХПГ/эндоУЗИ при подозрении на холедохолитиаз (расширение холедоха по данным УЗИ брюшной полости, отклонении лабораторных показателей (повышения активности трансаминаз, ЩФ, ГГТ, общего билирубина ≤ 4 мг/дл (68 мкмоль/л), но при отсутствии четкой визуализации камня холедоха) (при технической возможности)	К0.4	В	3
7.	Выполнена РХПГ при выявлении холангиолитиаза с помощью УЗИ или других методов и повышении уровня общего билирубина >4 мг/дл	К0.1	В	2
Этап лечения				
8.	Проведена терапия спазмолитиками	К1	С	3
9.	Проведена терапия антибиотиками при остром холецистите среднетяжелого и тяжелого течения	К1	С	5
10.	Проведена дезинтоксикационная терапия растворами плазмозаменителей (АТХ Кровезаменители и препараты плазмы крови или растворы, влияющие на водно-электролитный баланс)	К1	С	4
11.	Выполнена экстренная операция в первые 2-3 часа с момента поступления при остром холецистите, осложненном перитонитом	К1	С	5
12.	Выполнена ранняя (в первые 72 часа от начала заболевания) холецистэктомия (лапароскопическая или из мини-доступа)	К1	В	1
13.	Выполнена ЧЧХС под контролем ультразвука при высоком операционно-анестезиологическом риске		В	3

14.	Выполнена ЭПСТ с литоэкстракцией конкрементов из холедоха при сочетании ОХ с холедохолитиазом, с одномоментной или последующей холецистэктомией		В	2
15.	Выполнено УЗИ органов брюшной полости или КТ (при технической возможности) при подозрении на осложнение в послеоперационном периоде	К1	В	2

IX. Регламентирующие документы:

Нозологическая форма (наименование)			
Мероприятия	Стандарт (номер, наименование, дата)	Клинические протоколы (наименование, кем разработан, номер, дата)	Другое (национальные клинические руководства)
Диагностика	Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 14 мая 2007 г. N 332 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с холециститом (при оказании специализированной помощи)"		Клинические рекомендации по острому холециститу. 2021г
1.			
2.			
3.			
Лечение			
1.			
2.			
3.			
4.			

Х. Информация для пациента (кратко о заболевании).

После операции в течение 1-2 месяцев пациент должен придерживаться относительно простых и выполнимых ограничений. В выполнении они достаточно просты тем более, если учесть, что их игнорирование чревато достаточно неприятными и нежелательными последствиями.

Диета

После операции по поводу ОХ еда в домашних условиях должна быть перетертой, кашеобразной. Разрешаются молоко и молочные кисели, жидкие каши (лучше на воде), куриный и овощной бульон, овощные пюре. Диетическое питание прописывается пациенту в первые 2-3 месяца после операции. Рацион питания влияет на состав микрофлоры кишечника и на активность его функций. Необходимо следовать таким принципам:

- дробное и частое питание, противопоказано одномоментное употребление крупных порций еды;
- пища не должна быть горячей или холодной, а лишь немного подогретой;
- полноценное питание, обеспечивающее организм всем спектром питательных веществ, витаминов и минералов, поскольку в восстановительном периоде требуется стимуляция и укрепление иммунитета;
- исключение продуктов, способствующих брожению и газообразованию в пищеварительном тракте; рацион питания не должен содержать бобовых, тяжелых животных жиров, любых сортов капусты, копченостей, маринадов и солений, не рекомендуется употребление алкогольных и газированных напитков.

В первые две недели из рациона исключаются:

- копченые, соленые, жирные, жареные и острые блюда;
- колбасы;
- специи, майонез, кетчуп;
- хлебобулочные изделия;
- алкоголь (вплоть до полного восстановления).

Пациенту настоятельно рекомендуется следить за своим весом. Поскольку физическая активность в послеоперационный период существенно минимизируется, легко набрать лишний вес, что крайне нежелательно. Для восстановления нормальной микрофлоры организму полезны молочные и кисломолочные продукты, обильный питьевой режим. Мясо и рыба в первые недели после операции употребляться не должны, однако допустимы бульоны и перетерты мясные/рыбные фарши пюре. Лучше отказаться от хлеба и хлебобулочных изделий, отличной их альтернативой могут быть хлебцы, где есть минимум клетчатки и углеводов.

53

Благоприятно организмом воспринимаются овощи (морковь, свекла), бананы, от цитрусовых фруктов лучше отказаться. В тоже время для иммунизации организму необходим витамин С, который можно черпать из других продуктов питания или потреблять в таблетированном виде, равно как и другие витамины и витаминно-минеральные комплексы. Окончание диеты не должно быть резким. Рекомендуется постепенно расширять рацион. Ни в коем случае не стоит резко срывать на ранее исключенные из рациона продукты. В целом послеоперационная диета не строга, а потому полезно будет следовать уже привычным за несколько месяцев правилам и в последующем. Это пойдет лишь на пользу организму.

Физическая активность после операции по поводу острого холецистита

В последующие 6 недель происходит сращение мышц, на фоне чего остается риск образования спаек и грыж. Категорически запрещается поднимание тяжестей и активные физические нагрузки. В то же время отмечается, что ежедневная ходьба небыстрым шагом по 2-3 километра в послеобеденное время способствует предотвращению спаек. Прописывается лечебная гимнастика. Примечательно, что наилучшее восстановление мышечной ткани происходит у тех лиц, кто ранее вел активный образ жизни и поддерживал свое тело в тонусе. Спустя несколько месяцев можно возвращаться к умеренным нагрузкам, постепенно дополняя лечебную гимнастику общими упражнениями.

- совершать пешие прогулки на небольшие расстояния;
- после формирования послеоперационного рубца – посещать бассейн и выполнять несложные физические упражнения;
- тем, кто ведет активный образ жизни, а также пациентам с лишним весом – носить

