

# ПРОТОКОЛ

## надання медичної допомоги хворим на цирозі печінки Наказ МОЗ України від 13.06.2005 р. №271

Код МКХ-10:

- K74 Фібрози та цирози печінки
- K70.3 Цироз печінки алкогольний
- K71.7 Цироз печінки з токсичним ураженням печінки
- K74.3 Первинний біліарний цироз
- K74.4 Вторинний біліарний цироз
- K74.6 Інші або неуточнені цирози
- K74.6 Портальна гіпертензія
- K72.1 Хронічна печінкова недостатність

### 1. Сфера дії протоколу – загальноотерапевтичні, гастроентерологічні або хірургічні відділення усіх рівнів.

### 2. Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

В період активного процесу або виникнення ускладнень проводиться стаціонарне обстеження та лікування у гастроентерологічних, терапевтичних або хірургічних відділеннях. Тривале медикаментозне підтримуюче лікування проводиться в амбулаторно-поліклінічних умовах.

### 3. Ознаки та критерії діагностики цирозів печінки (ЦП)

- Наявність гепатомегалії, спленомегалії.
- Морфологічні ознаки цирозу (фіброзні зміни та вузлова регенерація).
- Інструментальне підтвердження портальної гіпертензії (виявлення варикозно-розширених вен при УЗД, ЕґДС, ректоскопії)
- Інструментальне та лабораторне підтвердження гепатолієнального синдрому та гіперспленізму (виявлення гепато-спленомегалії при УЗД, анемії, лейкопенії, тромбоцитопенії).
- Порушення функціональних проб печінки.
- Синдром малої печінкової недостатності:
  - порушення детоксикаційної функції печінки (телеангіектазії, пальмарна еритема, порушення метаболізму ліків, гормональні порушення: імпотенція, гінекомастія у чоловіків, порушення менструального циклу у жінок);
  - порушення білковосинтетичної функції печінки (підвищена кровоточивість, легке утворення синців, трофічні розлади – втрата маси тіла, розвиток кахексії).
- Синдром великої печінкової недостатності (печінкова енцефалопатія, кома) в термінальній стадії.
- Асцит.

### 4. Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

#### Діагностика

##### Лабораторна діагностика

- Стандартні біохімічні методи дослідження функціонального стану печінки (АлАТ, АсАТ, ГГТ, ЛФ, білірубін загальний та прямий, холестерин, сечовина, загальний білок та білкові фракції) – при необхідності – повторно;
- серологічні маркери вірусних гепатитів В, С, D, G – одноразово;
- глюкоза крові – одноразово;
- коагулограма, протромбіновий індекс – одноразово;
- загальний аналіз крові (включаючи ретикулоцити та тромбоцити) – при необхідності – повторно;
- калій, натрій у сироватці – одноразово;
- ліпідний профіль крові – одноразово;
- визначення феритину сироватки крові, IgA, IgG, IgM, наявності антиядерних, антимітохондріальних, антигладеньком'язових антитіл, альфа-фетопротеїну крові (при підозрі на гепатому) – одноразово;

##### Інструментальні методи дослідження

- УЗД печінки, жовчного міхура, підшлункової залози, селезінки та судин портальної системи (доплерографія) – одноразово;
- езофагогастродуоденоскопія з прицільним оглядом дистального стравоходу та кардіального відділу шлунку – одноразово.

**Лікування**

Цироз печінки компенсований (клас А за Чайльдом–Пью):

- виключення алкоголю та гепатотоксичних факторів;
- збалансована дієта №5 або №5а (при диспепсичному синдромі).

Хворим з компенсованими та неактивними формами цирозу печінки медикаментозне лікування, як правило, не призначається.

- При **вірусному цирозі В** у HBV-DNA-позитивних хворих проводять противірусне лікування.
- При **вірусному цирозі С** у HCV-RNA-позитивних хворих противірусне лікування також проводять з метою покращання вірусологічних та біохімічних показників, стабілізації процесу у печінці та попередження ускладнень.
- При **алкогольних цирозах** – повна відмова від алкоголю.
- При **первинному білярному цирозі**:
  - Препарати урсодезоксихолевої кислоти тривалий час, при наявності свербіжу – препарати, що зв'язують жовчні кислоти у кишечнику, препарати кальцію, метаболіти

Субкомпенсований та декомпенсований цироз печінки (клас В, С за Чайльдом–Пью):

- дієта з обмеженою кількістю білка (0,5 г/кг маси тіла) та солі;
- базисна терапія:
  - гепатопротектори:
    - рослинні гепатопротектори – терміном 1–2 місяці;
    - препарати есенціальних фосфоліпідів протягом 1–2 місяців;
    - метаболітні гепатопротектори протягом 1–2 місяців;
    - ферментні препарати при супутньому хронічному панкреатиті та екзокринній панкреатичній недостатності.

При наявності набряково-асцитичного синдрому:

- сечогінні у вигляді монотерапії або комбінованого призначення. Позитивний діурез не повинен перевищувати 500 мл за добу. При рефрактерному асциті – парацентез.

При бактеріальному асциті-перитоніті:

- антибактеріальні препарати.

При наявності холестазу:

- урсодезоксихолева кислота (протягом 1-2 місяців), препарати кальцію та жиророзчинних вітамінів А, Е, Д, К.

При портальній гіпертензії:

- зниження портального тиску шляхом призначення β-адреноблокаторів або нітратів.

Лікування печінкової енцефалопатії:

- різке обмеження білку в раціоні до 40 г на день або навіть виключення білків тваринного походження;
- інфузійна терапія;
- з метою зменшення утворення аміаку в кишках – пребіотики; антибіотики;
- з метою стимулювання знешкодження аміаку в печінці та м'язах – препарати амінокислот.

## 5. Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

### Діагностика:

- сцинтиграфія печінки – одноразово;
- пункційна біопсія та морфологічне дослідження – одноразово;

**ВВІ Протипоказання до біопсії печінки: наявність геморагічного синдрому та змін лабораторних показників, що характеризують стан коагуляції, активність процесу, асцит**

- біохімічне, бактеріологічне та цитологічне дослідження асцитичної рідини – одноразово.

### Лікування

При кровотечах з варикозних вен стравоходу та шлунка:

- гормональні препарати;
- гемостатична терапія, препарати крові;
- інгібітори протонної помпи або H<sub>2</sub>-гістаміноблокатори парентерально;
- балонна тампонада (зондовим балоном Блекмора);
- ендоскопічне лікування (наложення лігатур на венозні вузли, якщо кровотеча триває – склеротерапія);
- видалення крові з ШКТ за допомогою промивання шлунка через зонд льодяним ізотонічним розчином хлориду натрію та очисних клізм;
- хірургічне лікування (при неефективності консервативних засобів);
- еферентні методи лікування;
- трансплантація печінки.

## 6. Середня тривалість лікування – 1 міс. стаціонарно, тривале підтримуюче симптоматичне лікування в амбулаторних умовах.

## 7. Критерії ефективності лікування, очікувані результати лікування

Критеріями ефективності лікування є нормалізація загального стану хворого, біохімічних показників функціонального стану печінки, переведення хворого в компенсований стан, відсутність ускладнень.

## 8. Реабілітація

Тривала дієта №5, відмова від алкоголю, прийому гепатотоксичних ліків. Обмеження фізичних навантажень.

## 9. Диспансерне спостереження

Усі хворі на цироз печінки підлягають активному диспансерному нагляду з періодичним обстеженням 1 раз у 6–12 місяців (УЗД печінки, біохімічні проби печінки).

*Директор Департаменту організації і розвитку  
медичної допомоги населенню В.М.Таран*

# ПРОТОКОЛ

## надання медичної допомоги хворим на хронічний холецистит Наказ МОЗ України від 13.06.2005 р. №271

Код МКХ–10

К 81 Холецистит (без холелітазу)

К 81.1 Хронічний холецистит

## 1. Сфера дії протоколу – загальнотерапевтичні та гастроентерологічні відділення усіх рівнів.

## 2. Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Абсолютна більшість хворих повинна лікуватись та обстежуватись амбулаторно. У деякої частини хворих при неефективному первинному лікуванні можливе короткочасне (1 тиждень) стаціонарне дообстеження та лікування у гастроентерологічних або загальнотерапевтичних відділеннях.

## 3. Критерії діагностики захворювання

Клінічні ознаки:

- Болі в правому підребер'ї, епігастральній області, які можуть тривати годинами та посилюватися після прийому жирної, смаженої, 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 закріпів 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).

**4. Перелік і обсяг медичних послуг обов’язкового асортименту****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;
- ЕҒДС;
- ЕКГ.

**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 залежно від ступеня важкості перебігу та ускладнень захворювання.

**5. Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту****Діагностика:**

- колоноскопія;
- імуноферментне дослідження крові на лямбліоз;
- аналіз калу на еластазу 1.

**6. Середня тривалість лікування**

Середня тривалість амбулаторного лікування – 2 тижні.

**7. Критерії ефективності лікування**

Основні критерії ефективності лікування – зменшення або зникнення симптомів біліарної диспепсії, поліпшення якості життя.

## 8. 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 сбалансованому вживанні білка (м'яса, риби, сиру) та рослинної олії. Рациональний прийом білка та жиру підвищує холато-холестериновий коефіцієнт жовчі і зменшує її літогенність. Необхідно вживати достатню кількість овочів і фруктів, які є 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, Кавказські Мінеральні Води, Березовські Мінеральні Води, Миргород, Куяльник).

## 9. Диспансерне спостереження

УЗД гепатобілярної зони 1 раз на рік.

Директор Департаменту  
організації і розвитку  
медичної допомоги населенню **В.М.Таран**

# ПРОТОКОЛ

## надання медичної допомоги хворим на функціональні порушення біліарного тракту (біліарні дисфункції) Наказ МОЗ України від 13.06.2005 р. №271

Код МКХ - 10:

82.8. Дискінезії жовчного міхура та міхурної протоки

83.4. Спазм сфінктера Одді

### 1. Сфера дії протоколу – загальнотерапевтичні та гастроентерологічні відділення усіх рівнів, в рефрактерних випадках – психосоматичні відділення.

### 2. Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Абсолютна більшість хворих повинна лікуватись та обстежуватись амбулаторно. У деякої частини хворих при неефективному первинному лікуванні можливе короткочасне (1 тиждень) стаціонарне дообстеження у гастроентерологічних або загальнотерапевтичних відділеннях.

### 3. Критерії діагностики захворювання

Діагностичні критерії дисфункції жовчного міхура (ЖМ)

1. Повторні епізоди помірної або важкої болю в епігастрії або правому підребер'ї тривалістю 20 хвилин та більше протягом, щонайменше, 3 міс. протягом року, у поєднанні з одною та більше таких ознак:

- нудота, блювота;
- ірадіація болю у спину або праву лопатку;
- поява болю після прийому їжі;
- поява болю у нічний час.

2. Порушення функції ЖМ (при УЗД скорочення ЖМ після жовчогінного сніданку менше, ніж на 40 %; при дуоденальному зондуванні – послаблення міхурного рефлексу; кількість міхурної жовчі підвищена – до 100–150 мл при нормі 30–70 мл, жовч виділяється повільно, маленькими порціями).

### 3. Відсутність структурних порушень, що пояснюють наявні симптоми

#### Діагностичні критерії дисфункції сфінктера Oddi (ДСО)

Виділяють 3 типи біліарної та 1 тип панкреатичної дисфункції.

#### Біліарна дисфункція сфінктера Oddi 1 типу (ймовірність 65–95 %)

Напад болю біліарного типу в поєднанні з 3 такими ознаками:

- підвищення АСТ і/або ЛФ в 2 і більше разів при дворазових дослідженнях;
- затримка відтоку жовчі більше 45 хвилин;
- розширення загальної жовчної протоки більше 12 мм.

#### Біліарна дисфункція сфінктера Oddi 2 типу (ймовірність 50–63 %)

Напад болю біліарного типу в поєднанні з 1 або 2 такими ознаками:

- підвищення АСТ і/або ЛФ в 2 і більше разів при дворазових дослідженнях;
- затримка відтоку жовчі більше 45 хвилин;
- розширення загальної жовчної протоки більше 12 мм.

#### Біліарна дисфункція сфінктера Oddi 3 типу (ймовірність 12–28 %)

Тільки напад болю біліарного типу.

#### Панкреатичний тип ДСО

Подібно до біліарної дисфункції першого типу, панкреатичний тип ДСО може бути представлений класичною картиною панкреатиту з гострими болями в епігастральній області та лівому підребер'ї, опоясуючого характеру, з ірадіацією під ліву лопатку; супроводжуватися підвищенням ліпази та амілази сироватки крові. При мінімальних проявах – подібно до 3 типу біліарної ДСО – болі носять схожий характер, але немає підйому панкреатичних ферментів, у багатьох пацієнтів дані прояви можуть трактуватися як синдром функціонального абдомінального болю.

### 4. Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

#### Діагностика

Скринінгові методи діагностики:

- загальний білірубін та його фракції – одноразово;
- АЛТ, АСТ, ЛФ; ГГТП – одноразово;
- амілаза сечі – одноразово;
- УЗД (О) – при необхідності – повторно;
- ЕФДС з оглядом фатерова сосочка.

Уточнюючі методи:

- УЗД з оцінкою стану ЖМ (з жовчогінним сніданком – 20 г сорбіту у 100 мл води, характерно збільшення діаметра холедоху після прийому жирної їжі) – одноразово (О);
- багатомоментне дуоденальне зондування (О) – одноразово.

#### Лікування

З метою нормалізації моторно-евакуаторної функції жовчовивідних шляхів та усунення спазму сфінктера Oddi:

- міотропні спазмолітики протягом 1–2 міс.;
- селективні антагоністи Са протягом 1–2 міс.

При наявності ознак гіпотонії жовчного міхура, "замазки" в ЖМ рекомендовано:

- жовчогінні засоби протягом 2–3 тижнів;
- прокінетики протягом 3–4 тижнів;
- сліпий дуоденальний тюбаж (з сорбітом та ін. жовчогінними речовинами) – 1 раз у 2–3 дні №3-5.

Для купування гострих нападів болю внаслідок ДСО:

- міотропні спазмолітики в/м до зменшення вираженого болю;
- холінолітики в/м, в/в;
- швидкодіючі нітрати;
- антагоністи кальцію.

### 5. Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

#### Діагностика

- амілаза або ліпаза крові – одноразово;
- ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ) з інтрахоледохеальною манометрією – одноразово;
- проведення морфінн - простигмінового або морфінового тесту – одноразово;

- холесцинтиграфія з <sup>99</sup>Tc – одноразово.

**Лікування:**

- У пацієнтів з першим типом ДСО доцільне проведення ендоскопічного лікування – сфінктеротомії або сфінктеропластики.

## 6. Середня тривалість лікування

Середня тривалість амбулаторного лікування – 4 тижні.

## 7. Критерії ефективності лікування

Основні критерії ефективності лікування – зменшення або зникнення симптомів біліарної диспепсії, поліпшення якості життя.

## 8. Реабілітація

Слід дотримуватися тривалого режиму харчування з обмеженням жирної, смаженої їжі, рекомендувати часте дробне харчування (стіл №5), виключення алкоголю, газованої води. Хворі є працездатними, 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, Кавказські Мінеральні Води, Березовські Мінеральні Води, Миргород, Куяльник).

## 9. Диспансерне спостереження

Диспансерне спостереження не передбачається.

Директор Департаменту  
організації і розвитку  
медичної допомоги населенню **В.М.Таран**

# ПРОТОКОЛ

## надання медичної допомоги хворим на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) Наказ МОЗ України від 13.06.2005 р. №271

**МКХ -10:**

- К 80 Жовчнокам'яна хвороба
- К 80.0 Каміні жовчного міхура з гострим холециститом
- К 80.1 Каміні жовчного міхура з іншим холециститом
- К 80.2 Каміні жовчного міхура без холецистити ( холецистолітаз)
- К 80.3 Каміні жовчної протоки (холедохолітаз) з холангітом
- К 80.4 Каміні жовчної протоки з холециститом (холедохо- та холецистолітаз)

## 1. Сфера дії протоколу – загальнотерапевтичні, гастроентерологічні та хірургічні відділення усіх рівнів.

## 2. Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Обов'язковій госпіталізації в хірургічні відділення в ургентному порядку підлягають хворі з ускладненими формами ЖКХ, у плановому порядку – хворі для проведення планової холецистектомії. Стаціонарне обстеження та лікування у хірургічних або гастроентерологічних відділеннях можливе при загостреннях ЖКХ.

Тривале медикаментозне лікування препаратами жовчних кислот проводиться в амбулаторних умовах.

### 3. Критерії діагностики захворювання

- Приступи жовчної коліки.
- Наявність конкременту/конкрементів у жовчному міхурі або жовчних протоках при УЗД (або КТ, ЕРХПГ).

### 4. Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

#### Діагностика

Лабораторна діагностика:

- загальний аналіз крові – одноразово;
- цукор крові – одноразово;
- загальний білірубін та його фракції – одноразово;
- АЛТ, АСТ, ЛФ, ГТПП – одноразово;
- холестерин крові, ліпідограма крові – одноразово;
- загальний аналіз сечі, копрограма – одноразово;
- група крові, резус-фактор – одноразово.

Інструментальна діагностика:

- УЗД черевної порожнини – основний та найбільш ефективний метод діагностики ЖКХ у клінічній практиці (виявляють наявність каменів в жовчному міхурі, потовщення стінок жовчного міхура, деформацію жовчного міхура, "відключений" жовчний міхур, розширення жовчних протоків) – одноразово;
- рентгенологічне дослідження черевної порожнини (для виявлення рентгенконтрастних каменів) – одноразово;
- ЕГДС – одноразово;
- ЕКГ – одноразово.

#### Лікування:

1. Хірургічне лікування: лапароскопічна холецистектомія („золотий” стандарт) або відкрита холецистектомія. Консультація хірурга обов'язкова у всіх випадках. При жовчнокам'яній хворобі рекомендовано оперативне втручання або в плановому порядку (тоді ймовірність післяопераційних ускладнень зменшується) або за життєвими показаннями,

або

2. Пероральний медикаментозний літоліз препаратами жовчних кислот (при наявності холестеринових рентгенпрозорих конкрементів загальним розміром не більше 15 мм при збереженій скорочувальній функції жовчного міхура – доступний не більше ніж у 20 % хворих):
  - урсодезоксіхілева кислота протягом 6–18–24 міс. (ймовірність рецидиву після розчинення каменів – 50 %).

#### Показання до оперативного втручання

Абсолютні показання до холецистектомії:

- гострий холецистит та інші хірургічні ускладнення;
- часті рецидивуючі жовчні коліки;
- нефункціонуючий жовчний міхур;
- холедохолітаз;
- панкреатит;
- підозра на рак жовчного міхура.

Відносні показання до операції:

- хронічний калькульозний холецистит з симптомами;
- протипоказання до медикаментозного літолізу.

Протипоказання для консервативного лікування ЖКХ:

- ускладнена ЖКХ, в тому числі гострий та хронічний холецистит;
- відключений жовчний міхур;
- часті жовчні коліки;
- вагітність;
- виражене ожиріння;
- супутні захворювання (виразкова хвороба, хронічний панкреатит, цукровий діабет, запальні захворювання кишечника – хвороба Крона та НВК);
- хронічна діарея;
- рак жовчного міхура;
- пігментні або кальціновані конкременти;
- будь-які конкременти розміром більше 15 мм;
- множинні конкременти, що займають більше 50 % просвіту жовчного міхура;
- неспроможність тривало (6–24 міс.) приймати медикаменти.

3. Постійне дотримання дієти, симптоматичне лікування легких приступів жовчної коліки (спазмолітики всередину, в/м та в/в, селективні антагоністи Ca).



## 5. Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту

### Діагностика:

- аналіз калу на еластазу 1;
- ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (при підозрі на холедохолітіаз) – одноразово;
- КТ органів черевної порожнини (більш точно виявляє щільність конкрементів) – одноразово;
- пероральна або в/в холецистографія (чутливість 30–60 %) – у теперішній час застосовується рідко;
- колоноскопія.

### Лікування:

1. Екстракорпальна літотріпсія великих конкрементів з наступним медикаментозним літолізом препаратами жовчних кислот.

## 6. Середня тривалість лікування

Середня тривалість хірургічного лікування – 4–10 днів (залежно від типу операції). Середня тривалість медикаментозного літолізу – 12–18 міс.

## 7. Критерії ефективності лікування, очікувані результати лікування

Розчинення конкрементів (при медикаментозному літолізі) та позбавлення від симптомів ЖКХ (після холецистектомії), відсутність ускладнень ЖКХ.

## 8. Реабілітація

Після оперативного втручання – індивідуальний дієтичний режим (часте дрібне харчування з виключенням або обмеженням індивідуально несприйнятних продуктів, жирної, смаженої їжі – дієта №5), режим праці та відпочинку, заняття фізкультурою. Забороняється або значно обмежується алкоголь. Санаторно-курортне лікування після операції при стійкій ремісії (Моршин, Трускавець, Свалява, Кавказські Мінеральні Води, Березовські Мінеральні Води, Миргород, Куяльник).

## 9. Диспансерне спостереження

Хворі з ЖКХ підлягають диспансерному нагляду 1 раз на рік. Після вдалого медикаментозного літолізу – ультразвуковий моніторинг рецидиву жовчних каменів 1 раз на 6 міс., при появі рецидиву – повторне лікування.

*Директор Департаменту  
організації і розвитку  
медичної допомоги населенню В.М.Таран*