



Aprobat
Șef IMSP CS Ungheni
Oleg Belbas



Instituția Medico-Sanitară Publică
Centrul de Sănătate Ungheni

COLECISTITA ACUTĂ CALCULOASĂ LA ADULT

**Protocol clinic instituțional
(ediția II)**

PCI - 293



INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE UNGHENI

ORDIN

Nr. 20

„28” 01 2025

*Despre îndeplinirea Ordinului MS al RM nr.962 din 04.12.24
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Național
”Colecistita acută calculoasă la adult”, ediția II
în cadrul IMSP CS Ungheni.*

Întru realizarea prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 962 din 04.12.2024 „Cu privire la aprobarea **Protocolului Clinic Național ”Colecistita acută calculoasă la adult”, ediția II**, elaborat în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului nr.148/2021 „Cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății” și în scopul asigurării și îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale acordate pacienților în cadrul IMSP CS Ungheni,

ORDON:

1. De implementat în activitatea medicilor de familie IMSP CS Ungheni Protocolul Clinic Național **”Colecistita acută calculoasă la adult”, ediția II**.
2. De monitorizat implementarea, respectarea și eficiența utilizării Protocolului Clinic Național **”Colecistita acută calculoasă la adult”, ediția II** în cadrul IMSP CS Ungheni de către grupul de audit medical intern.
3. De organizat asigurarea cu medicamente necesare, incluse în Protocolul Clinic Național **”Colecistita acută calculoasă la adult”, ediția II**.
4. De organizat participarea personalului medical la seminarele zonale ce vor fi organizate în scopul instruirii implementării PCN.
5. De elaborat Protocolul Clinic Instituțional în baza PCN **”Colecistita acută calculoasă la adult”, ediția II** în cadrul IMSP CS Ungheni.
6. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Șefului Adjunct pe probleme medicale D-nei Natalia Bargan.

Șef IMSP CS Ungheni

Oleg BELBAS



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

04 decembrie 2024

ORDIN
mun. Chișinău

Nr. 962

Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Colecistita acută calculoasă la adult”, ediția II

În vederea asigurării calității serviciilor medicale acordate populației, în temeiul Hotărârii Guvernului nr.148/2021 cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății,

ORDON:

1. Se aprobă Protocolul clinic național „Colecistita acută calculoasă la adult”, ediția II, conform anexei.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale vor organiza implementarea și monitorizarea aplicării în practică a Protocolului clinic național „Colecistita acută calculoasă la adult”, ediția II.
3. Conducătorul Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale va întreprinde măsurile necesare în vederea autorizării și înregistrării medicamentelor și dispozitivelor medicale incluse în Protocolul clinic național „Colecistita acută calculoasă la adult”, ediția II.
4. Conducătorul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va organiza ghidarea angajaților din subordine de Protocolul clinic național „Colecistita acută calculoasă la adult”, ediția II, în procesul de executare a atribuțiilor funcționale, inclusiv în validarea volumului și calității serviciilor acordate de către prestatorii încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.
5. Conducătorul Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate va organiza evaluarea implementării Protocolului clinic național „Colecistita acută calculoasă la adult”, ediția II, în procesul de evaluare și acreditare a prestatorilor de servicii medicale.
6. Conducătorul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică va organiza controlul respectării cerințelor Protocolului clinic național „Colecistita acută calculoasă la adult”, ediția II, în contextul controlului activității instituțiilor prestatoare de servicii medicale.
7. Direcția managementul calității serviciilor de sănătate, de comun cu IMSP Institutul de Medicină Urgentă, vor asigura suportul consultativ-metodic în implementarea Protocolului clinic național „Colecistita acută calculoasă la adult”, ediția II, în activitatea prestatorilor de servicii medicale.
8. Rectorul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, conducătorul Centrului de excelență în medicină și farmacie „Raisa Pacalo” și conducătorii colegiilor de medicină vor organiza implementarea Protocolului clinic național „Colecistita acută calculoasă la adult”, ediția II, în activitatea didactică a catedrelor respective.
9. Se abrogă Ordinul Ministerului Sănătății nr.17 din 11.01.2018 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Colecistita acută calculoasă la adult”.
10. Controlul executării prezentului ordin se atribuie secretarilor de stat.

Ministru

Ala NEMERENCO

CUPRINS

CUPRINS	2
SUMARUL RECOMANDĂRILOR	3
ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	6
PREFAȚĂ	7
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	7
<i>A.1. Diagnosticul</i>	7
<i>A.2. Codul bolii (CIM 10)</i>	7
<i>A.3. Utilizatorii</i>	8
<i>A.4. Obiectivele protocolului</i>	8
<i>A.5. Data elaborării protocolului</i>	8
<i>A.6. Data revizuirii protocolului</i>	8
<i>A.7. Data următoarei revizuirii</i>	8
<i>A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului</i>	8
<i>A.9. Definițiile folosite în document</i>	9
<i>A.10. Informația epidemiologică</i>	10
<i>A.11. Clase de recomandare și nivele de evidență</i>	11
B. PARTEA GENERALĂ	12
<i>B.1. Nivel de asistență medicală primară</i>	12
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	19
<i>C.2.3. Factorii de risc</i>	20
<i>C.2.4. Conduita pacientului cu colecistita acută calculoasă</i>	21
<i>C.2.4.1. Anamneza</i>	21
<i>C.2.4.2. Manifestările clinice</i>	21
<i>C.2.4.3. Investigațiile paraclinice</i>	23
<i>C.2.4.4. Criteriile de evaluare a severității colecistitei acute (clasificare clinică)</i>	25
<i>C.2.4.5. Diagnosticul diferențial</i>	26
<i>C.2.4.6. Criteriile de spitalizare</i>	27
<i>C.2.4.7. Tratamentul</i>	27
<i>C.2.4.7.1. Tratamentul conservator</i>	27
<i>C.2.4.7.1.1. Tratamentul medicamentos standard</i>	27
<i>C.2.4.7.1.2. Utilizarea antibioticelor în colecistita acută</i>	28
<i>C.2.6. Profilaxia</i>	41
<i>C.2.7. Supravegherea pacienților</i>	42
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL	43
<i>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară</i>	43
<i>Anexă 1. Ghidul pacientului cu colecistita acută calculoasă</i>	47
<i>Anexă 2. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru colecistita acută calculoasă</i>	50

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

- Colecistita acută calculoasă (CAC) este inflamația acută nespecifică a vezicii biliare, inițiată de inclavarea calculului biliar în infundibulul colecistului, recesul Hartmann sau ductul cistic. CAC este cea mai frecventă complicație a colelitiazei și se dezvoltă la 10-20% din bolnavii simptomatici, reprezentând a doua, după apendicita acută, cauză a infecției intraabdominale complicate.
- Infectarea bacteriană a colecistului se produce secundar, având ca sursă căile biliare sau sistemul portal limfatic sau venos. Cei mai frecvenți agenți patogeni izolați sunt microorganismele de origine intestinală, preponderent *Escherichia coli*, *Enterobacter*, *Klebsiella* și *Enterococcus* și anaerobi, în special *Bacteroides fragilis*.
- Schimbările inflamatorii acute în peretele colecistului din punct de vedere patomorfologic sunt divizate în forme catarală sau edematoasă, flegmonoasă, gangrenoasă și gangrenoasă perforativă, fiind tratate ca faze naturale consecutive ale procesului inflamator, cu evoluție treptată de la inflamație ușoară spre necroză. O excepție este colecistita gangrenoasă primară, în originea căruia se află ocluzie sau tromboză a arterei cistice.
- Factorii de risc de dezvoltare a CAC includ sexul feminin, vârsta înaintată, ereditatea, obezitatea, diabetul zaharat, sarcina, ciroza hepatică, patologii asociate cu stază biliară și infecția căilor biliare, vagotomia chirurgicală sau rezecția gastrică suportate în antecedente și nutriția parenterală totală.
- CAC trebuie presupusă la orice pacient cu anamneza litiazei biliare, la care apar durerile acute colicative în hipocondrul drept și epigastriu, cu creștere rapidă în intensitate, deseori cu iradierea în omoplatul drept și în asociere cu sindrom dispeptic, grețuri, vome, meteorism, febră și înrăutățire progresivă a stării generale.
- Diagnosticul colecistitei acute se bazează pe prezența semnelor locale de inflamație, a simptomelor de inflamație sistemică și pe confirmarea calculilor biliari și a inflamației vezicii biliare la examinările imagistice.
- Ultrasonografia abdominală trebuie utilizată ca metodă imagistică de prima linie, ținând cont precizia înaltă pentru determinarea litiazei veziculare și complicațiilor sale, disponibilitatea largă, caracterul neinvaziv și inofensivitatea.
- În general, acuratețea diagnostică a tomografiei computerizate și a rezonanței magnetice nucleare nu este semnificativ mai mare decât cea a ultrasonografiei abdominale. Prin urmare, imagistica medicală suplimentară pentru diagnosticarea CAC ar trebui utilizată la pacienții selectați, la care se suspectă CAC, în funcție de experiența locală și de disponibilitatea aparatajului respectiv.
- Tratamentul colecistitei acute calculoase niciodată nu trebuie considerat ca o situație standard, mai ales având în vedere eterogenitatea stării generale a pacientului și severitatea variabilă a bolii și a patologiei asociate. Respectarea practicii curente, bazate pe dovezi și a recomandările experților este esențială pentru obținerea unor rezultate optime pentru acești pacienți.
- Severitatea colecistitei acute este clasificată pe o scară I-III („ușoară”, „de gravitate medie” și „gravă”) conform Ghidurilor Tokyo din 2018 pe baza factorilor clinici și de laborator preoperatori, ceea ce ajută chirurgul să decidă în favoarea alegerii colecistectomiei laparoscopice precoce sau tardive, colecistostomiei sau terapiei conservative definitive.
- Tuturor pacienților diagnosticați cu colecistită acută calculoasă trebuie să li se administreze antibiotice pentru prevenirea progresiei inflamației vezicii biliare, dezvoltării infecției secundare sau sepsisului, cu scopul final de a reduce riscurile perioperatorii sau de a stopa definitiv procesul inflamator. Antibioticul prescris trebuie să fie eficient împotriva agenților patogeni biliari obișnuiți, cum ar fi specii gram-negative, anaerobi și bacterii din grupul enteral.
- Ghidurile din Tokyo recomandă ca pacienții cu colecistită de gradul I să fie supuși colecistectomiei laparoscopice precoce, în timp ce pacienții cu colecistită de gradul III ar trebui să primească un curs

inițial de antibiotice cu posibila plasare a unui tub de colecistostomie percutanat (sau chirurgical deschis) înainte de colecistectomia laparoscopică. Tratamentul colecistitei de gradul II depinde de preferințele și experiența personală a chirurgului în tratamentul colecistitei acute calculoase.

- În prezent colecistectomia laparoscopică este procedeul de elecție pentru tratamentul chirurgical al colecistitei acute calculoase datorită riscului redus de complicații intra- și postoperatorii (cardiace, pulmonare, din partea plăgii operatorie și altele), scurtării spitalizării pacientului și micșorării timpului total de recuperare. Colecistectomia laparoscopică trebuie evitată numai în cazuri de șoc septic sau contraindicații absolute la anestezie generală.
- Principiile specifice ale CEL în colecistita acută includ: experiență chirurgicală suficientă și starea perfectă a aparatului laparoscopic, decompresia colecistului printr-o puncție cu aspirația conținutului, utilizarea penselor laparoscopice puternice și ascuțite pentru prinderea sigură a colecistului dur și tensionat, aprecierea definitivă a anatomiei până la secționarea structurilor tubulare, timp suficient acordat pentru intervenție.
- În prezența experienței chirurgicale adecvate, colecistectomia laparoscopică urgentă amânată trebuie efectuată cât mai curând posibil, și anume în primele 7 zile de spitalizare și în 10 zile de la apariția simptomatologiei.
- Conversia de la colecistectomia laparoscopică la cea deschisă este necesară în cazurile de inflamație locală severă, aderențe, hemoragie necontrolabilă din zona triunghiului Calot sau suspiciune la leziune căilor biliare sau a structurilor vasculare importante. Totodată, decizia despre conversie la colecistectomie deschisă trebuie luată până la producerea complicațiilor.
- Colecistostomia percutanată sau chirurgicală este o opțiune disponibilă pentru pacienții diagnosticați cu colecistită acută calculoasă sau acalculoasă, care prezintă un risc prea înalt de intervenție chirurgicală sau anestezie, și la care antibioticoterapia nu a obținut efectul scontat. S-a dovedit că colecistostomia poate rezolva cu succes simptomele colecistitei acute în 75-90% din cazuri fără intervenție chirurgicală.
- Coledocolitiază asociată, adică prezența calculilor în ductul biliar comun, apare în 10–20% din cazurile de litiaza biliară, și în 5-15% în cazul de CAC. Diagnosticul coledocolitiazii necesită timp și poate amâna tratament chirurgical necesar. În aceste situații, scopul principal este selectarea pacienților cu o probabilitate mare de coledocolitiază, care vor beneficia de teste diagnostice ulterioare și de extragerea calculilor din ductul biliar comun.
- Riscul coledocolitiazii asociate trebuie stratificat conform recomandărilor propuse de Societatea Americană de Endoscopie Gastrointestinală și Societatea Chirurgilor Endoscopici Gastrointestinali Americani: vizualizarea calculilor în coledoc la ecografia organelor abdominale; și / sau bilirubinemia $>40 \mu\text{mol/l}$; și dilatarea ductului biliar principal $>10 \text{ mm}$ la ecografia organelor abdominale.
- Bolnavii cu risc minimal al coledocolitiazii asociate CAC pot fi operați cu siguranță fără investigații preoperatorii suplimentare; pacienții cu risc moderat în perioada preoperatorie trebuie investigați prin colangiopancreatografia prin rezonanță magnetică (MRCP) sau ultrasonografie endoscopică (EUS) sau colangiografie intraoperatorie, în funcție de expertiza și disponibilitatea locală. Totodată, utilizarea preoperatorie a metodei invazive – ERCP trebuie rezervată doar bolnavilor cu risc înalt al coledocolitiazii asociate.
- Calculii din ductul biliar comun pot fi înlăturați înainte, în timpul sau după intervenție chirurgicală, în funcție de particularitățile situației clinice, nivelul experienței chirurgicale, înzestrarea cu echipament și disponibilitatea serviciilor respective la fiecare spital în parte, precum extracție endoscopică (ERCP, sfincterotomie endoscopică) a calculilor din coledoc, colecistectomie deschisă cu explorarea ductului biliar comun, colecistectomie laparoscopică cu extragerea laparoscopică a calculilor din ductul biliar.

- Prevenirea colecistitei acute cuprinde: excluderea maximal posibilă a factorilor de risc ai formării calculilor în vezica biliară (controlul diabetului, masei corporale, respectarea regimului alimentar), examinarea ultrasonografică abdominală periodică cu scopul detectării oportune a litiazei biliare, precum și recomandarea și efectuarea colecistectomiei laparoscopice programate pentru evitarea eventualelor complicații.

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AINS	Antiinflamatorii non-steroidiene
ALT	Alaninaminotransferază
AMP	Asistență medicală primară
AMU	Asistență medicală de urgență
ASA	Societatea Americană de Anesteziologie (<i>engl. American Society of Anesthesiologists</i>)
AST	Aspartataminotransferază
AȘM	Academia de Științe a Moldovei
CAC	Colecistita acută calculoasă
CED	Colecistectomie deschisă
CEL	Colecistectomie laparoscopică
CMF	Centrul Medicilor de Familie
CS	Colecistostomia
CSC	Colecistostomia chirurgicală
CSP	Colecistostomia percutanată
CT	Tomografia computerizată (<i>engl. Computed Tomography</i>)
DMU	Departamentul de Medicina Urgentă
EAES	Asociația Europeană de Chirurgie Endoscopică (<i>engl. European Association for Endoscopic Surgery</i>)
ECG	Electrocardiografie
ERCP	Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică (<i>engl. Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography</i>)
ESWL	Litotripsie extracorporală cu unde de șoc (<i>engl. Extra-corporeal Shock Wave Lithotripsy</i>)
EUS	Ultrasonografia endoscopică (<i>engl. Endoscopic Ultrasound</i>)
FA	Fosfataza alcalină
GGT	Gamma glutamil transferază
IMSP	Instituția Medico-Sanitară Publică
INR	Raportul internațional normalizat (<i>engl. International Normalized Ratio</i>)
LB	Litiază biliară
MRCP	Colangiopancreatografia prin rezonanță magnetică (<i>engl. Magnetic Resonance Cholangiopancreatography</i>)
MS RM	Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
NOTES	Chirurgie endoscopică transluminală prin orificiile naturale (<i>engl. Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery</i>)
O	Obligatoriu
PCN	Protocol Clinic Național
PCR	Proteina C-reactivă
PDS	Polidioxanon
PS	Puls
R	Recomandabil
RM	Republica Moldova
RMN	Rezonanța magnetică nucleară
SAGES	Societatea Americană de Chirurgie Gastrointestinală și Endoscopică (<i>engl. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons</i>)
SaO2	Puls-oximetria
SCM	Spitalul Clinic Municipal
TA	Tensiunea arterială
TTPA	Timpul de tromboplastină parțial activat
UPU	Unitate Primiri Urgențe
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
VSH	Viteza sedimentării hematiilor

PREFAȚĂ

Protocolul clinic instituțional (PCI) a fost elaborat în baza: PCN-293, „Colecistita acută calculoasă la adult”, ediția II, și Ordinul nr. 429 din 21.11.2008 cu privire la modalitatea elaborării, aprobării și implementării protocoalelor clinice instituționale și a protocoalelor locului de lucru” de către grupul de lucru în componență:

Belbas Oleg - șef IMSP CS Ungheni;

Bargan Natalia -șef adjunct probleme clinice;

Andrieș Ana – farmacist diriginte;

Mămăligă Maria - medic de familie;

Morari Tatiana – medic de familie;

Chirinciuc Iulia - medic de familie;

Mămăliga Constantin –audit medical intern

Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința medicală instituțională pentru aprobarea PCI.

Data elaborării protocolului: 18.01.2025 (Aprobat prin Ordinul directorului 20 din 18.01.2025) în baza:

- PCN-293, „Colecistita acută calculoasă la adult”, ediția II, Aprobat prin Ordinul MS al RM nr. 962 din 04.12.2024 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Colecistita acută calculoasă la adult”, ediția II

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Colecistită acută calculoasă (CAC)

Exemple de diagnostic clinic:

Colecistită acută calculoasă catarală.

Colecistită acută calculoasă flegmonoasă.

Colecistită acută calculoasă gangrenoasă.

Colecistită acută calculoasă gangrenoasă perforativă.

A.2. Codul bolii (CIM 10):

Bolile vezicii biliare, ale cailor biliare (K80-K81)

K80 Colelitiaza

Următoarele subdiviziuni cu cinci caractere sunt folosite la categoria K80:

- 0 fără menționarea obstrucției

- 1 cu obstrucție

K80.0 Calcul al vezicii biliare cu colecistită acută

Orice afecțiune listată la K80.2- cu colecistită acută

K80.1 Calcul al vezicii biliare cu o altă formă de colecistită

Orice afecțiune listată la K80.2- cu colecistită (cronică)

Colecistită cu colelitiază

K80.2 Calcul al vezicii biliare fără colecistită

Colecistolitiază nespecificată sau fără colecistită

Colelitiază nespecificată sau fără colecistită

Colica (recurentă) a vezicii biliare nespecificată sau fără colecistită

Calcul (blocat) al:

- canalului cistic nespecificat sau fără colecistită
- vezicii biliare nespecificat sau fără colecistită

K80.3 Calculul canalelor biliare cu angiocolită

Orice afecțiune listată la K80.5- cu angiocolită

K80.4 Calculul canalelor biliare cu colecistită

Orice afecțiune listată la K80.5- cu colecistită (cu angiocolită)

K80.5 Calculul canalelor biliare fără angiocolită și colecistită

Coledocolitiază nespecificată sau fără angiocolită sau colecistită

Calcul (blocat) al:

- canal biliar nespecificat sau fără angiocolită sau colecistită
- canal comun nespecificat sau fără angiocolită sau colecistită
- canal hepatic nespecificat sau fără angiocolită sau colecistită

K80.8 Alte colelitiaze

K81 Colecistită

O99.6 Bolile sistemului digestiv complicând sarcina, nașterea și lăuzia

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii de servicii medicale de AMP (medici de familie și asistentele medicilor de familie).

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de către alți specialiști.

A.4. Obiectivele protocolului:

1. A facilita diagnosticarea precoce a colecistitei acute calculoase (CAC).
2. A spori calitatea tratamentului acordat pacienților cu CAC.
3. A reduce rata de complicații și de mortalitate prin CAC.

A.5. Data elaborării protocolului: 2018

A.6. Data revizuirii protocolului: 2024

A.7. Data următoarei revizuirii: 2029

A.9. Definițiile folosite în document

Litiaza biliară sau colelitiază – patologie caracterizată prin formarea calculilor în canalele biliare și vezica biliară din cauza alterării compoziției coloidale a bilei. Printre factorii, care favorizează formarea calculilor se pot enumera: stază biliară, infecția, vârsta înaintată, obezitatea, diabetul, vagotomia chirurgicală, nutriția parenterală totală, graviditatea, pierderea rapidă a masei corporale etc. Calculii se pot forma în orice porțiune a căilor biliare (ducturile intrahepatice sau extrahepatice), dar locul predominant al formării acestora este vezica biliară. Ca urmare, termenii „litiaza biliară” și „colelitiază” deseori sunt utilizați pentru descrierea litiazei veziculare izolate.

Litiaza veziculară – formarea și prezența calculilor doar în vezica biliară, ca regulă este însoțită de simptomatologia specifică, în primul rând accese de colică biliară.

Colelitiază asimptomatică (sau latentă) – prezența calculilor în vezica biliară fără nici o manifestare clinică caracteristică patologiei, fiind descoperită întâmplător printr-un examen ecografic de rutină sau în cursul unei laparotomii.

Colecistita cronică apare ca rezultat a acceselor ușoare repetate autolimitate ale colecistitei acute, și se caracterizează prin atrofia mucoasei și fibroza pereților vezicii biliare. În majoritatea cazurilor este cauzată de iritarea cronică de către calculii veziculari și deseori poate să evolueze spre colecistita acută.

Colica biliară (durerea) – este semnul cel mai caracteristic al litiazei biliare, cauzat de obstrucția tranzitorie a ductului cistic sau a infundibulului colecistului de către un calcul biliar. Durerea ca regulă debutează brusc, postprandial, având o durată de câteva ore.

Colecistita acută calculoasă – este inflamația acută a vezicii biliare, cauzată de inclavarea calculului biliar în infundibulul colecistului, recesul Hartmann sau ductul cistic.

Colecistita acută acalculoasă – proces distructiv sau inflamator, dezvoltat în pereții vezicii biliare care nu conține calculi. Patologia este întâlnită relativ rar, la aproximativ 5% din pacienții cu colecistita acută. Se consideră că în majoritatea cazurilor de colecistită acalculoasă la baza dezvoltării procesului se află ischemia organului. Colecistita acalculoasă este asociată cu intervenții chirurgicale recente, traumatisme, arsuri, insuficiența multiplă de organe, procesele maligne cu invazia ductului sau arterei cistice, infecție SIDA și nutriția parenterală.

Coledocolitiaza secundară este condiționată de migrarea calculilor, formați în colecist, prin ductul cistic în ductul biliar comun. Ca consecință, în majoritatea cazurilor se constată icter mecanic. În altă variantă, calculul poate rămâne mult timp asimptomatic și nedignosticat.

Coledocolitiaza primară se referă la calculii, care se formează în afara vezicii biliare, în ducturile biliare intrahepatice sau extrahepatice. Patogeneza coledocolitiazii primare include staza biliară (stenoza papilei Vater, diverticolul juxtapapilar etc.) și infecția bacteriană enterogenă a căilor biliare.

Colangita acută reprezintă infecția bacteriană a ducturilor biliare, care din punct de vedere clinic variază de la ușoară și autolimitată până la severă, ce pune în pericol viața bolnavului. Colangita apare din combinația a două cauze principale: infecția bacteriană (bacterobilie) și obstrucția mecanică a fluxului biliar, care poate fi parțială sau completă.

Hidropsul vezicular se dezvoltă după inclavarea unui calcul în regiunea colului colecistului. În cavitatea închisă a veziculei se reabsoarbe pigmentul biliar și rămâne un lichid transparent mucinos, de culoarea apei. Hidropsul se caracterizează prin apariția după o colică hepatică în zona colecistului a unei tumori piriforme indolore, elastice și mobile.

Fistulele bilio-biliare sunt consecința unei litiaze veziculare voluminoase, localizate în regiunea infundibulocistică în recesul Hartmann, care evoluează o durată lungă de timp. Sindromul Mirizzi are două faze evolutive. În urma unei compresii externe a ductului hepatic comun de către un calcul intravezical apare hipertenzia biliară și icterul intermitent. În cele din urmă, calculul erodează pereții colecistului și ductului hepatic comun, creând o fistula colecisto-coledeocană.

Fistulele bilio-digestive apar în urma formării unui traiect fistulos între cavitatea colecistului și duoden. Mecanismul este următorul: colecistul inflammat devine strâns aderat cu peretele duodenului, apoi apare ischemia și necroza pereților cu formarea fistulei. Cu mult mai rar sunt întâlnite fistulele, care unesc colecistul cu colonul sau stomacul.

Colecist de porcelan se caracterizează prin calcificarea pereților vezicii biliare, care devin radioopaci și vizibili la examinările radiologice convenționale. Apare ca consecință a dereglărilor în metabolismul de calciu sau în rezultatul iritării permanente a pereților vezicii biliare de către un calcul. Deși este rară, patologia deține importanță clinică, deoarece reprezintă un factor de risc major pentru dezvoltarea adenocarcinomului colecistului.

A.10. Informația epidemiologică

Litiaza biliară (LB) sau colelitiaza este o patologie frecventă, care afectează 10-15% din populația adultă în țările europene și Statele Unite. Totodată, incidența colelitiazii variază semnificativ între diferite grupuri etnice: este mai crescută în Orient (peste 20%) și comparativ mică – în țările Africane (3%). Incidența litiazei biliare crește cu vârsta pacienților și este maximală la bătrâni. Femeile sunt afectate de colelitiază de 4-5 ori mai frecvent, decât bărbații.

Calculii veziculari reprezintă cauza etiologică principală a numeroaselor eventuale complicații. Riscul unor astfel de complicații cum ar fi colecistita acută, colangita acută, pancreatita acută biliară și coledocolitiaza secundară la pacienții cu colelitiază asimptomatică este estimat la 1% până la 4% anual.

Este recunoscut, că complicațiile la pacienții cu litiaza biliară simptomatică se vor dezvolta mult mai frecvent, decât la cei asimptomatici. Colecistita acută calculoasă (CAC) este cea mai frecventă complicație a colelitiizei și se dezvoltă la 10-20% din bolnavii simptomatici. În același timp, CAC reprezintă a doua, după apendicita acută, cauză a infecției intraabdominale complicate și ocupă 18,5% din aceasta. În multe țări de la 14% până la 30% din colecistectomii sunt efectuate pentru CAC.

CAC este o patologie heterogenă și se poate manifesta prin diferite grade de severitate, inclusiv inflamația pereților, complicații locale și disfuncția multiplă de organe. Rata cazurilor complicate ale bolii crește cu vârsta și este maximală la bolnavii cu vârsta cuprinsă între 70 și 75 de ani. Totodată, riscul maladiei pentru viață este determinat nu numai de severitatea procesului inflamator în colecist și prezența complicațiilor locale, dar și de starea generală a pacientului, ceea ce trebuie luat în considerație la alegerea conduitei curative.

A.11. Clase de recomandare și nivele de evidență

Clasa I	Condiții pentru care există dovezi și/sau acord unanim asupra beneficiului și eficienței unei proceduri diagnostice sau tratament	Este recomandat/este indicat
Clasa II	Condiții pentru care dovezile sunt contradictorii sau există o divergență de opinie privind utilitatea/ eficacitatea tratamentului sau procedurii	
Clasa IIa	Dovezile/opiniile pledează pentru beneficiu/eficiență	Ar trebui luat în considerare
Clasa IIb	Beneficiul/eficiența sunt mai puțin concludente	Ar putea fi luat în considerare
Clasa III	Condiții pentru care există dovezi și/sau acordul unanim că tratamentul nu este util/eficient, iar în unele cazuri poate fi chiar dăunător	Recomandare slabă, sunt posibile aborduri alternative
Nivel de evidență A	Date provenite din mai multe studii clinice randomizate	
Nivel de evidență B	Date provenite dintr-un singur studiu clinic randomizat sau studiu clinic non-randomizat de amploare	
Nivel de evidență C	Consensul de opinie al experților și/sau studii mici, studii retrospective, registre	

B. PARTEA GENERALĂ

Descriere	Motive	Pași
B.1. Nivel de asistență medicală primară (medici de familie și asistentele medicilor de familie)		
1. Screeningul litiazei biliare (LB). C.2.6.	<ul style="list-style-type: none"> Profilaxia CAC prin evidențierea și eliminarea factorilor de risc ale LB, precum și tratament chirurgical programat activ al bolnavilor cu litiază biliară și colecistită cronică calculoasă. 	<p>Standard/Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Screeningul LB și CCC (caseta 4). Consiliere cu referire la necesitatea tratamentului chirurgical programat obligatoriu prin aducerea la cunoștință a complicațiilor posibile (caseta 4, 43). Reevaluare o dată la 6 luni cu recomandarea tratamentului chirurgical programat (caseta 43).
2. Diagnosticul. 2.1. Suspectarea diagnosticului de CAC. C.2.3. - C.2.4.3.	<ul style="list-style-type: none"> Anamneza, examenul obiectiv și imagistic permite suspectarea CAC în majoritatea cazurilor. 	<p>Standard/Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluarea factorilor de risc (caseta 4, 5). Anamneza și acuzele (caseta 7, 8). Examenul obiectiv (caseta 9). Examen de laborator (tabelul 1). Ecografia organelor abdominale (tabelul 1). Diagnosticul diferențial (caseta 11). Evaluarea stării generale a pacientului (caseta 10). <p>La orice suspexie de CAC, testele paraclinice și imagistice în ambulator necesită a fi efectuate în timp scurt.</p>
3. Decizia: consultația specialiștilor și/sau spitalizarea. C.2.4.6.	<ul style="list-style-type: none"> Consultul medicului chirurg permite depistarea altor patologii și confirmarea diagnosticului de CAC. 	<p>Standard/Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Toți pacienții cu suspexiune la CAC necesită consultația chirurgului. La suspexia CAC este indicată îndreptarea în regim de urgență în secție chirurgicală (caseta 12).
4. Tratamentul. 4.1. Tratament simptomatic preoperatoriu. C.2.4.7.I.I.	<ul style="list-style-type: none"> În cazul CAC tratamentul simptomatic cu scop de pregătire preoperatorie în condiții de ambulator nu se efectuează. 	<p>Standard/Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tratamentul simptomatic preoperator se va efectua doar în condiții de staționar (caseta 13).
5. Supravegherea. C.2.7.	<ul style="list-style-type: none"> Supraveghere după tratamentul operator, după externarea la domiciliu. 	<p>Standard/Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dispensarizarea se va face în colaborare cu chirurgul, conform planului întocmit (caseta 43).

C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.3. Factorii de risc

Caseta 4. Factorii de risc de dezvoltare a LB și CAC. (clasa de recomandare I)

- Sexul feminin;
- Vârsta înaintată;
- Ereditatea și factorul etnic;
- Obezitatea;
- Diabetul zaharat;
- Gravitatea;
- Ciroza hepatică;
- Patologiile asociate cu stază biliară;
- Vagotomia chirurgicală sau rezecția gastrică suportate în antecedente;
- Infecția căilor biliare;
- Nutriția parenterală totală.

Caseta 5. Factorii de risc operator majori și minori la pacienții cu CAC.

Factori majori: (clasa de recomandare I)

- Instabilitatea hemodinamică la internare;
- Colangita severă;
- Icterul mecanic persistent;
- Pancreatita acută biliară;
- Evoluție de peste 72 de ore;
- Comorbidități cardio-pulmonare asociate severe;
- Vârsta (>65 de ani);
- Diabetul;
- Ciroza hepatică;
- Scor ASA III-IV.

Factori minori: (clasa de recomandare IIa)

- Anemia;
- Subnutriția;
- Obezitatea;
- Distensia abdominală majoră;
- Corticoterapia;
- Terapia cu anticoagulante.

C.2.4. Conduita pacientului cu CAC

Caseta 6. Etapele obligatorii în conduita pacientului cu CAC. (clasa de recomandare I)

- Culegerea anamnezei și acuzelor.
- Examinarea clinică.
- Examinarea paraclinică.
- Evaluarea riscului de complicații (consultația specialiștilor).
- Luarea deciziei referitor la conduita de tratament.
- Efectuarea tratamentului.
- Supravegherea activă.

C.2.4.1. Anamneza

Caseta 7. Anamneza. (clasa de recomandare IIb)

- Durerile apar în hipocondrul drept și epigastru, cresc rapid în intensitate, sunt colicative, de la 30 min. până la 6 ore, deseori iradiază în omoplatul drept și se asociază cu sindrom dispeptic, grețuri, vome, meteorism.
- Importantă pentru diagnosticul oportun al CAC este anamneza litiazei biliare, prezența unor episoade precedente de colică biliară și corelația debutului patologiei cu ingestia alimentelor grase.

C.2.4.2. Manifestările clinice

Caseta 8. Acuzele. (clasa de recomandare IIb)

- Durerea în cazul CAC calculoase se păstrează pe parcursul câtorva zile și se accentuează permanent.
- Odată cu progresarea patologiei, procesul inflamator de pe vezicula biliară se extinde asupra peritoneului parietal. Din acest moment pacientul percepe o durere cert localizată în regiunea hipocondrului drept cu iradiere tipică în omoplatul drept sau umăr.
- Bolnavii evită orice mișcare și preferă să stea într-o singură poziție.
- Printre alte acuze o atenție deosebită o merită anorexia, nausea și voma.
- În CAC voma are un caracter multiplu, și de regulă nu aduce o ușurare vădită.

Caseta 9. Simptomatologie.

- CAC debutează prin durere bruscă, care prin caracterul său se aseamănă cu colica biliară, diferențierea clinică între aceste două patologii deseori fiind dificilă. Însă, spre deosebire de colica biliară, unde durerile dispar timp de 1-6 ore de sine stătător sau sub acțiunea spasmoliticelelor, în colecistita acută durerea este persistentă și poate fi păstrată pe parcursul câtorva zile. (clasa de recomandare IIa)
- Durerea în CAC, similar cu colica biliară, deseori apare după o masă bogată în grăsimi sau în timpul nopții. (clasa de recomandare I)
- Majoritatea bolnavilor cu CAC sunt conștienți de prezența calculilor biliari, care au fost depistați la investigațiile ultrasonografice anterioare. Trei sferturi dintre pacienți relatează accese de colici biliare în antecedente. (clasa de recomandare I)
- Durerea de obicei este resimțită în partea superioară dreaptă a abdomenului. În unele cazuri durerea inițial poate fi resimțită în epigastru și poate preceda cu câteva ore durerea în cadranul superior drept al abdomenului. (clasa de recomandare I)
- Mai frecvent durerea iradiază în unghiul inferior al omoplatului drept. Uneori iradierile sunt atipice: în epigastru, în abdomenul stâng, în umăr, sau în regiunea supraclaviculară dreaptă (semnul Mussi-Gheorghievski). (clasa de recomandare IIa)
- Uneori durerea radiază în regiunea cordului, simulând un acces de angină pectorală (așa-numitul „sindrom colecisto-coronarian“ sau sindromul Botkin). (clasa de recomandare IIb)
- Cu progresarea procesului inflamator în pereții colecistului și peritoneul adiacent intensitatea durerilor crește, durerea în hipocondrul drept devine mai localizată. (clasa de recomandare IIa)

- Anorexia, grețurile și voma sunt caracteristice pentru CAC. Voma are un caracter repetat, cu conținut bilios și nu aduce ușurare pacientului. Ocazional vomele sunt complet absente. **(clasa de recomandare IIa)**
- Creșterea temperaturii corpului se observă din primele zile ale bolii. Febra până la 38°-38,5°C este comună pentru cazurile de colecistită acută. Deși febra hectică cu frisoane ocazional poate fi întâlnită în colecistita complicată, aceasta este mai mult caracteristică pentru colangita acută. **(clasa de recomandare IIa)**
- Starea generală a pacienților diferă semnificativ, de la relativ satisfăcătoare până la foarte gravă, însoțită de insuficiența multiplă de organe, în dependență de severitatea procesului inflamator local și gravitatea patologiilor concomitente. Ca urmare a iritării peritoneale, bolnavii cu CAC sunt reținuți să se miște și preferă statul culcat. **(clasa de recomandare III)**
- Frecvența pulsului variază de la 80 până la 120 bătăi per minut în corespundere cu temperatura corpului. Tahicardia pronunțată reprezintă un simptom alarmant, care sugerează o intoxicație severă și schimbări morfopatologice grave în colecist și cavitatea peritoneală. **(clasa de recomandare IIb)**
- Respirația este superficială și mai frecventă ca de obicei. **(clasa de recomandare IIa)**
- Tegumentele sunt de culoare obișnuită sau puțin icterice. Ictericitatea ușoară este caracteristică pentru pacienții cu CAC, chiar și în lipsa calculilor în ductul biliar comun. Aceasta se explică prin afectare hepatocelulară tranzitorie acută. Apariția icterului pronunțat și persistent indică o obstrucție mecanică a fluxului bilei spre duoden de către un calcul biliar inclavat în porțiunea terminală a coledocului sau sindromul Mirizzi. **(clasa de recomandare IIa)**
- Limba este uscată și saburată. **(clasa de recomandare IIa)**
- Abdomenul este ușor balonat, partea dreaptă superioară a peretelui abdominal nu participă sau participă limitat în actul de respirație. **(clasa de recomandare IIb)**
- La palpare sub rebordul costal drept se constată durere pronunțată și contractura mușchilor abdominali. **(clasa de recomandare I)**
- Colecistul mărit, tensionat și dur poate fi palpat în hipocondrul drept în aproximativ jumătate din cazurile de CAC. Cu toate acestea, în cazul defans-ului muscular marcat și sindromului algic pronunțat palparea vezicii biliare nu este întotdeauna posibilă. **(clasa de recomandare I)**
- Importanță majoră prezintă simptomul Murphy pozitiv, care se determină prin exercitarea unei presiuni constante asupra peretelui abdominal în proiecția colecistului, în timp ce bolnavul este rugat să respire adânc. La sfârșitul inspirului când vezicula, împinsă de diafragm prin intermediul ficatului se apropie de degete, apare durerea și respirația se întrerupe brusc. **(clasa de recomandare I)**
- De asemenea, se determină frenicus-simptom (iradierea durerilor în regiunea supraclaviculară pe dreapta), simptomul Ortner – durere accentuată la percuția arcului costal drept. **(clasa de recomandare IIb)**
- Cu progresarea procesului inflamator și implicarea peritoneului parietal apar semnele iritării peritoneale sub rebordul costal drept: simptomul Blumberg (palpator) și simptomul Mandel-Razdolsky (percutor). **(clasa de recomandare IIa)**

C.2.4.3. Investigațiile paraclinice**Tabelul 1. Investigațiile paraclinice la pacienții cu CAC. (clasa de recomandare IIb)**

Investigațiile paraclinice	Semnele sugestive pentru CAC	Caracterul	
Numărătoarea leucocitelor sângelui.	Leucocitoza înaltă poate mărturisi despre prezența unui proces inflamator sau gangrena veziculei biliare.	O	
Numărătoarea eritrocitelor, dozarea hemoglobinei, hematocritul.	Nediagnostice, dar se indică cu scop de evaluare preoperatorie.	O	
Analiza generală a urinei.	Denotă prezența unei patologii renale asociate sau disfuncției renale.	O	
Electrocardiografia în stare de repaos.	Pot fi schimbări în caz de patologie a sistemului cardiovascular.	O	
Determinarea grupului sangvin după sistemul ABO și după sistemul Rhesus.	Se indică cu scop de evaluare preoperatorie.	O	
Determinarea parametrilor biochimici (dozarea proteinei totale, ureei, creatininei, glucozei, AST, ALT, FA, LDH și/sau bilirubinei, protrombinei, fibrinogenul).	Creșterea ușoară a valorilor AST, ALT, FA, LDH și/sau bilirubinei este caracteristică CAC. Nivelurile bilirubinei, AST, ALT, FA, elevate semnificativ sugerează posibilitatea coledocolitiazii asociate sau sindromului Mirizzi.	O	
Teste de coagulare: indexul protrombinic, raportul internațional normalizat (INR), fibrinogenul, timpul de tromboplastină parțial activată (TTPA)	Se indică cu scop de evaluare preoperatorie și modificarea / corijarea regimului de terapie antitrombotică (la necesitate).		R
Determinarea proteinei C-reactive (PCR).	Creșterea nivelului PCR cu 3 mg/l sau mai mult indică inflamație acută.		R
Determinarea echilibrului acido-bazic.	Se indică cu scop de evaluare preoperatorie.		R
Determinarea natriului seric, kaliului seric, calciului, magneziului, clorului în serul sangvin).	Se indică cu scop de evaluare preoperatorie.		R
Ecografia organelor abdominale.	Ecografia organelor abdominale este metoda imagistică de primă linie în cazuri suspecte de CAC cu valoare predictivă înaltă (84-95%) și specificitate de 83%.	O	
Tomografia computerizată (CT) a abdomenului.	Permite diagnosticul formelor complicate ale CAC (colecistita gangrenoasă, perforativă, emfizematoasă; abces perivezical) și diagnosticul diferențial cu alte patologii intraabdominale. Facilitează stabilirea diagnosticului la pacienții obezi sau cu distensia abdominală gazoasă, când		R

	utilizarea ecografiei organelor abdominale este limitată sau investigație este neinformativă.		
Rezonanța magnetică nucleară (RMN).	Permite diagnosticul formelor complicate ale CAC, diagnosticul diferențial cu alte patologii intraabdominale.		R
Evaluarea ecografică (2D + Doppler)	Permite determinarea vascularizării pereților vezicii biliare (așa-numita „hiperemie ultrasonoră”) și, respectiv, a gradului de inflamație.		R
Hepatobiliscintigrafia.	Este o metoda diagnostica utilă pentru CAC. În mod normal preparatele radiofarmaceutice (acid diisopropyliminodiacetic) ocupă lumenul vezicii biliare într-o jumătate de oră. Conform studiilor, sensibilitatea investigației în CAC este 96%, iar specificitatea – 90%.		R
Radiografia cavității abdominale.	Se efectuează doar cu scop de diagnostic diferențial cu alte cauze ale abdomenului acut.		R
Esofagogastroduodenofibros copie.	Este indicată în cazurile icterului mecanic pentru evaluarea stării papilei duodenale mari (Vater) cu un eventual calcul biliar inclavat, prezenței și caracterului fluxului bilei în duoden.		R
Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică (ERCP).	Este indicată doar în cazurile confirmate sau foarte probabile de coledocolitiază sau strictură distală a ductului biliar comun, complicate cu icter mecanic și / sau colangită.		R
Colangiopancreatografia prin rezonanță magnetică (MRCP).	Este indicată în cazurile suspecte de prezență a calculilor în ductul biliar comun.		R
Esofagogastroduodenofibros copie endoscopică (EUS).	Combină endoscopia și ultrasonografia și oferă imagini extrem de detaliate ale căilor biliare extrahepatice și a pancreasului. Investigația posedă o sensibilitate aproximativ egală cu cea a ERCP și MRCP în diagnosticul coledocolitiaziei.		R
Video- sau fibroesofagogastroduodenoscopia.	Permite evaluarea stării esofagului, stomacului și duodenului cu depistarea patologiilor alternative diagnosticului CAC.		R
Laparoscopia diagnostică.	Permite diferențierea formelor patomorfologice ale colecistitei și gradului de răspândire a peritonitei.		R

Notă: O – obligatoriu, R – recomandabil

C.2.4.4 Criteriile de evaluare a severității colecistitei acute (clasificare clinică)

Caseta 10. Severitatea colecistitei acute (clasificare clinică). (clasa de recomandare IIa)

CAC poate evalua clinic foarte divers, de la boală ușoară autolimitată până la forma fulminantă cu potențial pericol pentru viața pacientului. Ghidurile internaționale recomandă divizarea colecistitei acute în funcție de severitatea evolutivă în următoarele trei categorii: „ușoară” (clasa I), „de gravitate medie” (gradul II) și „gravă” (gradul III). Pentru descrierea celui mai sever grad de colecistita acută este argumentată utilizarea unei categorii aparte,

deoarece indică necesitatea în resuscitare în condițiile secției de terapie intensivă și tratament invaziv de urgență (chirurgical și / sau drenare) pentru a salva viața pacientului.

- **Colecistita acută ușoară (gradul I)** definește dezvoltarea colecistitei acute la un pacient sănătos, fără disfuncție de organe și cu modificările patologice ușoare în vezica biliară. Bolnavul cu CAC se clasifică în forma „ușoară” (gradul I) când acesta nu are criteriile pentru includerea în formele „de gravitate medie” sau „gravă” (gradul II-III). La pacienții cu grad ușor de CAC colecistectomia este un procedeu sigur, cu risc perioperator minimal.
- **Colecistita acută de gravitate medie (gradul II)** se stabilește în cazul când pacientul cu CAC prezintă cel puțin una dintre următoarele condiții:
 1. Numărul de leucocite în sânge sunt elevate esențial ($>18.000 / \text{mm}^3$);
 2. Plastron inflamator dureros și palpabil în regiunea superioară dreaptă a abdomenului;
 3. Debutul simptomelor >72 ore;
 4. Inflamație locală marcată (peritonită biliară, abces perivezical, abces hepatic, colecistita gangrenoasă, colecistita emfizematoasă).
În colecistita acută moderată gradul inflamației locale poate fi asociat cu creșterea dificultăților tehnice în efectuarea colecistectomiei.
- **Colecistita acută gravă (gradul III)** este definită în prezența disfuncției a oricărui dintre următoarele organe sau sisteme:
 1. Disfuncție cardiovasculară (hipotensiune arterială refractară la resuscitare volemică de 30 ml/kg pe oră, sau hipotensiune care necesită corecția cu preparate vasopresorii);
 2. Disfuncție neurologică (scăderea nivelului de conștiință);
 3. Disfuncție respiratorie (raportul $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 <300$);
 4. Disfuncție renală (oliguria <30 ml/oră, creatinina >200 mg/l);
 5. Disfuncție hepatică (INR $>1,5$ sau nivelul protrombinei $<60\%$);
 6. Disfuncție hematologică (numărul trombocitelor $<100.000 / \text{mm}^3$).

Notă:

- Atunci când colecistita acută este însoțită de colangită acută, ar trebui luate în considerație și criteriile elaborate pentru evaluarea severității colangitei acute.
- „Vârsta înaintată” a bolnavului nu este inclusă ca un criteriu al severității situației clinice propriu-zise, dar indică probabilitatea înaltă de avansare rapidă spre forma gravă.

C.2.4.5. Diagnosticul diferențial

Caseta 11. Diagnosticul diferențial. (clasa de recomandare IIb)

Recunoașterea formelor clasice ale colecistitei acute în cazul spitalizării precoce a bolnavilor nu este dificilă. Dificultăți diagnostice apar în cazurile atipice, când manifestările clinice nu corespund modificărilor patologice în vezică biliară, precum și în boală avansată complicată cu peritonită generalizată, când este imposibil de a identifica sursa primară a infecției intraabdominale. Erori diagnostice apar în 12-17% din cazurile de colecistită acută.

Patologiile care pot simula manifestările clinice ale CAC sunt următoarele:

- **Apendicita acută.** Simptomele – durerea, voma, constipațiile, febra – sunt foarte asemănătoare, dar localizarea durerii este diferită. În unele cazuri în special la subiecții obezi cu colecistul inflamă și situat inferior, cu peritonită și rigiditate musculară, diferențierea clinică de apendicită cu abcedare locală este aproape imposibilă.

- **Colangita.** Poate fi dificil sau imposibil de a distinge colangita secundară coledocolitiazii de colecistita acută. În general pacienții cu colangită au reacție sistemică mai severă cu febră mai înaltă, dar sensibilitate locală de intensitate mai mică, decât bolnavii cu CAC.
- **Colica biliară.** Colica biliară (nefiind asociată cu inflamația vezicii biliare) de obicei anticipă colecistita acută. Abdomenul în proiecția colecistului este moale, deși poate fi dureros la palparea profundă. Temperatura subnormală a corpului este mai caracteristică, decât febră. În colica biliară durerile dispar repede timp de câteva ore, în colecistita acută durerea este persistentă și poate persista pe parcursul câtorva zile.
- **Pancreatita acută.** Manifestările clinice inițiale ale colecistitei acute și pancreatitei acute uneori sunt foarte similare: anamneza litiazii biliare, debut acut după încălcare dietetică, sediul durerii în abdomenul superior, vomă repetată. Caracteristicile distinctive ale pancreatitei acute sunt: starea generală gravă a bolnavului deseori asociată cu disfuncție organică, durerea abdominală „în centură”, semnele Grey-Turner și Cullen, nivelul crescut al amilazei și lipazei în sânge și urină.
- **Acutizarea ulcerului duodenal.** Semnele locale pot fi similare celor de colecistită cu peritonită locală. Însă, determinarea minuțioasă a anamnezei relevă apariția durerii peste 2,5 ore după alimentație, ameliorarea durerii după mâncare, pirozismul, eructațiile acide și vomă periodice.
- **Ulcerul gastroduodenal perforat acoperit.** După un debut acut cu durere severă și elementele colapsului, starea bolnavului se normalizează rapid, iar durerea se localizează în hipocondrul drept și flancul drept abdominal. Diagnosticul diferențial este foarte dificil și întotdeauna necesită utilizarea metodelor imagistice, uneori invazive.
- **Ocluzia intestinală.** Voma repetată, pareza intestinală cu balonarea abdomenului și retenția de scaun, deseori existente în colecistita acută, pot fi confundate cu ocluzia intestinală. Aceasta din urmă se va distinge prin caracterul colicativ al durerilor, cu localizare neobișnuită pentru colecistita, hiperperistaltism, „clapotaj”, simptomul Wahl pozitiv și alte semne specifice. Oricum, pentru concretizarea diagnosticului este necesară radiografia abdominală panoramică.
- **Hepatita.** În cazurile de hepatită sensibilitatea la palpare poate fi determinată nu doar în hipocondrul drept, ci pe toată aria ficatului, inclusiv și în partea laterală. Aceasta se constată prin compresiune în spațiile intercostale inferioare laterale. Semnul descris este util pentru diagnostic, cu excepția cazurilor, în care hepatita coexistă cu colecistita. În hepatită declanșarea durerii rareori este bruscă.
- **Cancerul unghiului hepatic al colonului.** Durerea persistentă și localizată în hipocondrul drept, constipații și balonări intestinale, anorexia – sunt semne ale adenocarcinomului colonului drept și transversului, care pot fi ușor confundate cu CAC. La destrucția și microperforația tumorii cu abcedare se determină febră 38-38,5°C și plastron palpabil dureros. Diferențierea este și mai dificilă, ținând cont de neinformativitatea obișnuită a ecografiei organelor abdominale în astfel de situații, cauzată de intercalarea ansei aferente dilatate a colonului între peretele abdominal anterior și ficat.
- **Inflamațiile renale sau colica renală pe dreapta** (pielonefrita, paranefrita, nefro- și ureterolitiază). Deși sunt patologii cu manifestări clinice foarte diverse, este comună durerea de intensitate diferită situată pe flancul abdominal drept, superior în hipocondrul drept și în lumba dreaptă. Febra, fatigabilitatea, anorexia, grețurile și voma de asemenea pot fi prezente.
- **Pleuropneumonia bazală și pleurezia pe dreapta.** De regulă, febra este foarte înaltă – peste 40°C și este precedată de frison. Deși durerea la palpare în hipocondrul drept este prezentă, aceasta este mult mai superficială, palparea profundă a zonei subhepatice de obicei fiind posibilă. Fenomenele pulmonare auscultative – atenuarea respirației și crepitația sunt mai caracteristice pentru pleurezie decât pentru colecistită.

- **Infarctul miocardic și angina pectorală.** Cele mai frecvente patologii necardiace, cu care pacienții sunt aduși în secțiile cardiologice sunt colica biliară și colecistita acută precoce. Localizarea mediană a durerii biliare și iradiere durerii în regiunea cordului în unele cazuri poate prezenta dificultăți foarte mari de diagnostic. În asemenea situații electrocardiografia și testarea enzimelor cardiace sunt decisive.

C.2.4.6. Criteriile de spitalizare

Caseta 12. Criteriile de spitalizare a pacienților cu CAC. (clasa de recomandare I)

- La suspecția CAC (clinică și / sau imagistică) este indicată internarea în regim de urgență în secție chirurgicală, unde sunt asigurate condiții adecvate pentru asistența de urgență.

C.2.4.7. Tratamentul

Caseta 13. Tratamentul medicamentos standard. (clasa de recomandare I)

Tratamentul medicamentos oportun și în volum deplin în mai multe cazuri permite regresia procesul inflamator în vezica biliară:

- Regim alimentar 0;
- Terapie perfuzională cu soluții cristaloide sau coloidale;
- Preparate spasmolitice (*Plathyphyllini hydrotartras**, *papaverinum*);
- Analgezice parenterale (inclusiv opioide);
- Antibiotice (*Caseta 14*);
- Instalarea sondei nazogastrice în cazul persistenței grețurilor și vomiei;
- Remediile antiinflamatorii non-steroidiene (AINS), cum ar fi *indometacinum* și *diclofenacum* pot converti modificările inflamatorii în colecist și îmbunătăți contractilitatea vezicii biliare.

C.2.4.7.1.2. Utilizarea antibioticelor în colecistita acută

Caseta 14. Utilizarea antibioticelor în colecistita acută.

- Obiectivele administrării antibioticelor în colecistită acută sunt diferite: (1) ca tratament auxiliar pentru efectuarea intervenției chirurgicale precoce sau (2) ca tratament definitiv în conduită non-operatorie a episodului inflamator biliar acut. (*clasa de recomandare I*)
- Alegerea inițială a antibioticelor în colecistita acută este empirică și trebuie să se bazeze pe spectrul microorganismelor patogene mai frecvent implicate, infecțiilor nosocomiale specifice spitalului, farmacodinamica și farmacocinetica preparatelor și evoluția procesului inflamator local și sistemic. (*clasa de recomandare IIa*)
- Antibioticoterapia empirică poate fi administrată în regim de monoterapie sau terapie combinată (2-3 preparate). Monoterapia se recomandă pentru cazurile de CAC ușoară și de gravitate medie, cea combinată – pentru colecistita gravă și complicată. (*clasa de recomandare IIa*)
- Cele mai utilizate antibiotice în calitate de monoterapie sunt cefalosporinele cu spectrul larg și fluorochinolonele: *Ceftriaxonum*, *Cefazolinum*, *Ceftazidimum*, *Cefuroximum* și *Ciprofloxacinum*. Terapie combinată include administrarea următoarelor combinații: *Ceftriaxonum* + *Metronidazolom*, *Ceftazidimum* + *Metronidazolom*, *Ciprofloxacinum* + *Metronidazolom*, *Ceftriaxonum* + *Metronidazolom* + *Ampicillinum*, și pentru cele mai severe cazuri și infecții nosocomiale – *Imipenemum* + *Metronidazolom*. (*clasa de recomandare I*)
- Ghidurile Societății de Boli Infecțioase din America și Tokyo recomandă administrarea antibioticelor la pacienții cu colecistită acută diagnosticată și finisarea tratamentului pe parcursul primelor 24 ore după colecistectomie, cu excepția cazurilor, când sunt alte surse de infecție în afară de vezica biliară. (*clasa de recomandare IIb*)

- În cazul abcesului perivezical, colecistitei gangrenoase, perforative sau emfizematoase observate în timpul colecistectomiei, se recomandă continuarea antibioticelor timp de 4-5 zile, sau uneori 7 zile. În cazurile complicate de colecistită acută, durata tratamentului cu antibiotice se apreciază individual în dependență de evaluarea clinică. (*clasa de recomandare IIa*)
- Totodată, necesitatea administrării antibioticelor în CAC ușoară este controversată. La bolnavii cu colecistită acută ușoară necomplicată antibioticoterapia poate fi rezervată și indicată numai în cazul lipsei ameliorării sau la apariția complicațiilor postoperatorii. (*clasa de recomandare IIb*)
- În cazul dezvoltării complicațiilor septice în perioada postoperatorie, alegerea antibioticelor trebuie să se bazeze pe rezultatele însămânțărilor culturilor intraoperatorii, precum și ale culturilor din plagă sau din colecțiile lichidiene intraabdominale. (*clasa de recomandare I*)

C.2.7. Supravegherea pacienților

Caseta 43. Supravegherea pacienților cu CAC (clasa de recomandare IIb).

Medicul de familie.

- Indică consultația chirurgului după o lună de la intervenție, apoi o dată la trei luni pe parcursul primului an și, ulterior, o dată pe an.
- Indică analiza generală a sângelui și a urinei, ECG.
- Indică consultația altor specialiști, după indicații:
 - Pentru tratamentul altor patologii concomitente;
 - Pentru sanarea focarelor de infecție.

**D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE
PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PCN**

<i>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară</i>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medic de familie. • Asistent medical/asistentă medicală de familie. • Medic în laborator.
	<p>Aparate, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ultrasonograf (CMF). • Laborator clinic pentru aprecierea hemogramei și a urinei sumare de urgență.
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spasmolitice (<i>Papaverinum, Drotaverinum</i>) • Medicamente de urgență conform Normelor minime de dotare a trusei medicului de familie (Secțiunea 16, Anexă nr.1 „Norme de reglementare a Asistenței Medicale Primare din Republica Moldova” la Ordinul Ministerului Sănătății nr.695 din 13.10.2010.

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1	A facilita diagnosticarea precoce a CAC.	Ponderea pacienților diagnosticați precoce (primele 24 ore de la debut) cu CAC pe parcursul unui an (%).	Numărul de pacienți diagnosticați precoce cu CAC pe parcursul ultimului an x100.	Numărul total de pacienți diagnosticați cu CAC pe parcursul ultimului an.
2	A spori calitatea tratamentului acordat pacienților cu CAC.	Ponderea pacienților cu CAC care au beneficiat de tratament adecvat în termeni optimali conform recomandărilor din Protocolul Clinic Național <i>Colecistita acută calculoasă la adult</i> , pe parcursul unui an (%).	Numărul de pacienți cu CAC care au beneficiat de tratament adecvat în termeni optimali conform recomandărilor din Protocolul Clinic Național <i>Colecistita acută calculoasă la adult</i> , pe parcursul unui an x100.	Numărul total de pacienți cu CAC care au beneficiat de tratament chirurgical, pe parcursul unui an.
3	A reduce rata de complicații și de mortalitate prin CAC.	Ponderea pacienților cu CAC care au dezvoltat complicații postoperatorii, pe parcursul unui an (în %). Rata mortalității prin CAC pe parcursul unui an (%).	Numărul de pacienți cu CAC, care au dezvoltat complicații postoperatorii, pe parcursul ultimului an x 100. Numărul de pacienți decedați prin CAC pe parcursul ultimului an x 1000.	Numărul total de pacienți supuși tratamentului chirurgical pentru CAC, pe parcursul ultimului an. Numărul total de pacienți operați pentru CAC pe parcursul ultimului an.

F. ASPECTE MEDICO- ORGANIZATORICE

Cerințele privind necesitatea intervențiilor diagnostic-curativă a pacientului în alte subdiviziuni medicale (centre/instituții) și modalitatea pregătirii către investigațiile respective.

Investigația	Instituția unde se efectuează	Persoanele de contact
Consultația chirurg	IMSP SR Ungheni	(0236)2-85-72
Investigații de laborator	IMSP CS Ungheni	Cab.319, 320, 321

Procedura de pregătire diagnostic-curativă a pacientului:

1. Necesitatea efectuării investigațiilor vor fi argumentate în cartela medicală (formular 025e).
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (formular 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea investigației respective. Îndreptarea se completează de către medicul de familie.

Cerințele față de conținutul, perfectarea și transmiterea documentației medicale pentru trimeterea pacientului.

1. Pentru efectuarea investigațiilor, consultației la medicul specialist în altă instituție (care necesită prezența pacientului), se eliberează, de către medicul de familie, îndreptare, care va include obligatoriu diagnosticul clinic complet, rezultatele investigațiilor realizate la nivel de AMP și argumentarea necesității procedurii, consultației medicului specialist (formular 027e). Pacientul va prezenta formular 027e în instituția medicală vizată.

Ordinea de asigurare a circulației documentației medicale, inclusive întoarcerea în instituție la locul de observare.

1. Programarea pacienților pentru investigații și consultații suplimentare, se efectuează în baza contractelor încheiate cu centrele de profil. Pacienții vor fi direcționați la persoana responsabilă, care asigură programarea acestora, prin contactarea telefonică a registraturii instituției medicale solicitate sau SIRSM. Biletul de trimitere formular 027e va fi întregit în registrul de evidență.
2. La întoarcerea în instituție, la locul de observare, pacientul va prezenta medicului de familie rezultatele investigațiilor efectuate și concluzia medicală în formularul 027e.

Cerințele față de organizarea circulației (trimiterii) pacientului.

1. Pacientul este obligat să respecte rîndul de programare, cu excepția cazurilor de urgențe medicale.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la scopul investigațiilor.

1. Medicul de familie va explica pacientului necesitatea și scopul realizării investigației, consultației, tehnica de pregătire, precum și modalitatea efectuării acestora.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la acțiunile necesare la întoarcere, pentru evidența ulterioară.

1. Pacientul este informat despre necesitatea prezentării obligatorii la medicul de familie cu rezultatele investigației, pentru conduita în dinamică.

GHIDUL PACIENTULUI CU COLECISTITA ACUTĂ CALCULOASĂ

CAUZELE ȘI COMPLICAȚIILE COLECISTITEI ACUTE

Colecistita este o inflamație a vezicii biliare, un organ mic sub formă de pară, care este situat sub ficat în etajul superior drept abdominal și servește ca rezervor pentru bila produsă de către ficat. Vezica biliară elimină bila în intestinul subțire, postprandial, pentru digerarea grăsimilor. Vezica biliară primește și elimină bila prin canale subțiri care se numesc ducturi biliare. Calculii prezenți în vezica biliară, care blochează ducturile biliare, prezintă cauza cea mai frecventă de apariție a colecistitei atât cronice cât și acută. Calculii în vezica biliară sunt resturi de bilă calcificată. De regulă aceștia se formează în fundul vezicii biliare dar de asemenea se pot deplasa, provocând complicații multiple. Infecția ori obturarea vezicii biliare sau a ducturilor de către calcul poate determina refluxul bilei în vezică, inflamația acestora, edem și durere. Inflamația severă netratată poate duce consecutiv la gangrena vezicii biliare, perforație, infectarea cavității abdominale (peritonită) și infectarea sângelui (sepsis).

TIPURILE COLECISTITEI

Inflamația vezicii biliare poate fi:

- Acută (bruscă și urgentă).
- Cronică (lentă și de durată).
- Calculoasă (asociată cu calculi biliari).
- Acalculoasă (fără calculi biliari).

Inflamația vezicii biliare poate fi o reacție imediată la o problemă urgentă, sau o reacție lentă la o problemă de durată. În aceasta constă diferența între colecistita acută și cea cronică. Calculii biliari sunt de obicei cauza atât a colecistitei cronice cât și celei acute. Astfel majoritatea cazurilor de colecistită sunt de genă calculoasă.

RĂSPÂNDIREA COLECISTITEI

Aproximativ 15% din populația globului pământesc au calculi biliari, și aproximativ 20% din aceștia vor avea complicații de la acești calculi, inclusiv colecistită. Calculii biliari sunt responsabili de 95% cazuri de colecistită.

SIMPTOMELE COLECISTITEI

Simptomele comune ale colecistitei acute includ:

- Durere în etajul superior drept al abdomenului, care se poate răspândi în omoplatul drept și spate. Durerea în vezica biliară rapid atinge apogeul, poate fi simțită ca acută, surdă sau spastică și se accentuează la inspir profund. Unii pacienți o pot confunda ca o durere în torace sau chiar ca un atac de cord. Durerea acută în vezica biliară de asemenea este numită acces de colică biliară.
- Greața și voma sunt simptome obișnuite ale colecistitei, dar la pacienții vârstnici acestea pot avea o manifestare mai ușoară. Ei pot prezenta doar o ușoară pierdere a poftei de mâncare sau slăbiciune generală.
- Febra mai mare de 38°C poate fi prezentă la o treime din pacienții cu colecistită acută. Febra poate indica prezența infecției sau la o inflamație mai severă. Acest fapt se întâlnește mai rar la pacienții vârstnici.

Simptomele suplimentare pot include:

- Balonarea abdomenului (meteorism) și sensibilitate.
- Rigiditatea musculară în regiunea dreaptă a abdomenului.

- Slăbiciune și oboseală, în special la persoanele în vârstă.

Simptomele colecistitei acute, de regulă, apar după o masă abundentă și copioasă. Alimentele grase necesită mai multă bilă pentru a fi digerate. Sistemul digestiv semnalizează vezicii biliare să propulseze mai multă bilă, cea ce o face să se contracte mai puternic, ducând la creșterea presiunii în lumen.

EXAMINĂRILE ȘI TESTELE DIAGNOSTICE ÎN CAZ DE COLECISTITĂ ACUTĂ

Deoarece colecistita acută este o urgență medicală, diagnosticul se face de obicei rapid. Acesta poate fi efectuat simultan cu tratamentul, astfel încât să nu se piardă timp. Stabilirea diagnosticului poate include:

- Acuzele: medicul vă va întreba detaliat despre durerile în abdomen și alte simptome.
- Anamneza: medicul vă va întreba despre istoricul bolii, inclusiv când și cum au apărut durerile în abdomen și dacă nu aveți calculi în vezica biliară.
- Examenul fizic: Medicul va efectua un examen fizic pentru a vă verifica simptomele colecistitei așa ca simptomul Murphy (durere la inspir profund).
- Măsurarea temperaturii corpului: temperatura ridicată poate indica la prezența infecției.
- Analiza sângelui: poate indica prezența inflamației prin numărul ridicat al leucocitelor sau a nivelului proteinei C-reactive. De asemenea sunt necesare testele de laborator pentru determinarea funcției hepatice.

Metodele imagistice care vizualizează vezica biliară și căile biliare permit stabilirea diagnosticului de colecistită și prezența complicațiilor. La acestea se referă:

- Ultrasonografia cavității abdominale: în majoritatea cazurilor metoda permite vizualizarea vezicii biliare inflamate, prezența calculilor, alte devieri ce vizează căile biliare și poate confirma diagnosticul. În caz de colecistită acută obișnuită aceasta este metoda de bază și definitivă de stabilire a diagnosticului.
- Tomografia computerizată: este o examinare complexă cu utilizarea dozelor mici de radiație, care permite obținerea imaginilor tridimensionale perfecte ale cavității abdominale cu confirmarea prezenței colecistitei și a complicațiilor (necroză, perforație, abces, peritonită).

Examinări suplimentare imagistice pot fi necesare în cazul când medicii suspectează că calculii din vezica biliară au pătruns în căile biliare, blocându-le. La acestea se referă:

- Colangiopancreatografia prin rezonanță magnetică (RMN): nu utilizează radiația și este bine tolerată de pacienți. Colangiopancreatografia RMN reprezintă o metodă modernă și non-invazivă de examinare a sistemului pancreatic și biliar, oferind un diagnostic precis datorită acurateței sale foarte ridicate, chiar și în cazul celor mai mici leziuni.
- Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică este o tehnică minim-invazivă, utilizată pentru studiul căilor biliare. Colangiopancreatografia endoscopică retrogradă este o procedură care îmbină endoscopia și radiologia. Prin intermediul endoscopului, medicul vizualizează interiorul stomacului și duodenului, și injectează o substanță de contrast în canalelele arborelui biliar, obținând o imagine radiologică de calitate. Dacă sunt prezenți calculi, aceștia imediat sunt înlăturați cu ajutorul endoscopului.
- Ultrasonografia endoscopică: este o tehnică combinată de endoscopie și ecografie ce permite obținerea imaginilor detaliate ale căilor biliare.
- Scintigrafia hepato-biliara: este o examinare prin care, după introducerea unui preparat radionuclidic în sânge, se evaluează permeabilitatea cailor biliare prin imagini repetate scanate.

TRATAMENTUL COLECISTITEI ACUTE

Toate cauzele colecistitei necesită tratament. Posibil, ca calculul biliar, care blochează vezica sau ductul biliar, poate migra de sine stătător și ca rezultat simptomele vor dispărea. Dar nu este

rațional de așteptat aceasta, durerile și riscul sunt prea mari. Din acest considerent colecistita este necesar de a fi tratată imediat în spital.

Tratamentul inițial este medicamentos și include:

- Perfuzie intravenoasă a soluțiilor și electroliților pentru redresarea deshidratării.
- Antibiotice pentru profilaxia și tratamentul infecțiilor.
- Preparate care micșorează spasmul și îmbunătățesc scurgerea bilei.
- Preparate analgetice pentru ameliorarea stării generale a pacientului.
- Inițial este necesar de a exclude alimentația și băutul lichidelor, pentru a permite repaos vezicii biliare și a întregului sistem digestiv.

Rareori tratamentul conservativ este suficient și operația poate fi evitată, mai ales dacă colecistita a fost cauzată de infecție fără prezența calculilor în vezica biliară. De asemenea vi se poate cere să amânați sau să refuzați intervenția chirurgicală din cauza altor probleme de sănătate.

Cu toate acestea, tratamentul definitiv al colecistitei este intervenția chirurgicală pentru înlăturarea vezicii biliare (colecistectomia). Chiar dacă accesul de colecistită a trecut și simptomele care v-au adus în spital au dispărut, acestea oricum vor recidiva. Calculii biliari, care odată au dezvoltat colecistită acută, fără îndoială vor provoca repetat inflamația. Pentru a evita consecințele epizoadelor repetate de inflamație a vezicii biliare medicii recomandă colecistectomia. Aceasta este o intervenție chirurgicală răspândită, minoră și cu consecințe minimale. La majoritatea pacienților operația este efectuată cu ajutorul chirurgiei minim-invazive laparoscopice. Colecistectomia laparoscopică necesită doar câteva incizii mici. Doar în situații mai complicate poate fi necesară intervenția chirurgicală deschisă.

În cazurile când în afară de colecistită sunt depistați calculi blocați în căile biliare, vi se poate propune înlăturarea lor endoscopică cu ajutorul colangiopancreatografiei retrograde endoscopice. Datorită acestei proceduri minim-invazive endoscopistul poate înlătura calculii din căile biliare prin endoscop cu ajutorul unor instrumente speciale. O altă opțiune este înlăturarea calculilor din căile biliare în timpul intervenției chirurgicale deschise, în același timp cu colecistectomia.

RECUPERAREA ȘI PERSPECTIVELE DUPĂ COLECISTECTOMIE

- La majoritatea pacienților rezultatele după colecistectomie sunt excelente. Dimpotrivă, colecistita netratată poate duce la complicații periculoase.
- Sistemul digestiv și biliar pot perfect funcționa fără vezica biliară. Vezica biliară este locul depozitării bilei, produse de către ficat. După înlăturarea vezicii biliare bila prin intermediul ducturilor se revarsă direct din ficat în intestin.
- Organismul dumneavoastră are nevoie de la câteva săptămâni până la câteva luni pentru a se acomoda la schimbările date. În acest timp puteți să aveți simptome temporare ca: flux mai lent al bilei care provoacă senzație de presiune sau dureri în sistemul biliar; dificultăți de digerare a grăsimilor, care la unele persoane provoacă diareea.
- Recuperarea completă după tratamentul chirurgical (deschis sau laparoscopic) poate dura câteva săptămâni.
- Urmați strict recomandările medicului și regulat administrați medicamentele care vă sunt prescrise.
- Respectați recomandările medicale ce vizează dieta alimentară, nu fumați și limitați utilizarea alcoolului.

PROFILAXIA ȘI RECOMANDĂRI

- Probabilitatea de îmbolnăvire de colecistită acută este mai mare, dacă aveți calculi în vezica biliară.
- Dacă nu aveți calculi în vezica biliară este important să fiți atenți și să vă examinați mai frecvent dacă sunt prezenți următorii factori de risc de formare a acestora: sexul feminin, sarcina, obezitate, diabet, nivel ridicat de colesterol în sânge, vârsta mai mare de 40 ani.

- Dacă ați observat simptome caracteristice colecistitei acute, dureri pronunțate în etajul superior drept abdominal însoțite de grețuri și vome, acționați rapid și imediat adresați-vă după ajutor medical.
- Simptomele colecistitei pot trece, dar cauzele vor rămâne. Simptomele vor recidiva, cel mai probabil, și colecistita va continua să aducă daune organismului dumneavoastră, până când nu veți primi un tratament necesar.

FIȘA STANDARDIZATĂ
pentru auditul medical bazat pe criteriile în colecistita acută calculoasă

DATE GENERALE COLECTATE PENTRU IMA			
1	Numărul fișei pacientului		
2	Data nașterii pacientului	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
3	Sexul pacientului	1	Bărbat
		2	Femeie
4	Mediul de reședință	1	Urban
		2	Rural
		9	Nu se cunoaște
INTERNARE			
5	Data debutului simptomelor	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
6	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	1	AMP
		2	AMU
		3	Secția consultativă
		4	Spital
		5	Instituție medicală privată
		9	Nu se cunoaște
7	Data adresării primare după ajutor medical	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
8	Timpul adresării primare după ajutor medical	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște	
9	Data sosirii la spital	ZZ/LL/AAAA	
10	Departamentul în care s-a făcut internarea	1	Secția de chirurgie
		2	Secția de profil general
		3	Secția de terapie intensivă
		4	Alte
DIAGNOSTIC			
11	Locul stabilirii diagnosticului	1	AMP
		2	AMU
		3	Secția consultativă
		4	Spital
		5	Instituție medicală privată
12	Investigații imagistice	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
ISTORICUL PACIENTULUI			
13	Prezența litiazei biliare	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
14	Prezența patologiilor asociate	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
PREGĂTIRE PREOPERATORIE			
15	Pregătirea preoperatorie a fost efectuată în spital	1	Nu
		2	Da
16	Timpul efectuării pregătirii preoperatorii	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște	
INTERVENȚIA CHIRURGICALĂ			
17	Intervenția chirurgicală a fost efectuată în spital	1	Nu
		2	Da

18	Data efectuării intervenției chirurgicale	ZZ/LL/AAAA	
19	Timpul efectuării intervenției chirurgicale	OO:MM	
20	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la debutul maladiei	OO:MM	
21	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la momentul internării	OO:MM	
22	Operația efectuată în mod	Urgent	
		Urgent-amânat	
		Programat	
23	Tipul anesteziei	Generală	
EXTERNARE ȘI TRATAMENT			
24	Data externării	(ZZ/LL/AAAA)	
25	Data transferului interspitalicesc	(ZZ/LL/AAAA)	
26	Data decesului	(ZZ/LL/AAAA)	
27	Deces în spital	1	Nu
		2	Din cauzele atribuite CAC
		3	Deces survenit ca urmare a patologiilor asociate
		4	Alte cauze neatribuite CAC
		9	Nu se cunoaște