Желчнокаменная болезнь

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K80, K81.1, K82.8, K83.0, K83.8, K83.9 · Союз педиатров России, Общероссийская общественная организация "Российская ассоциация детских хирургов", Автономная некоммерческая организация "Общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов"

Желчнокаменная болезнь у детей связана с образованием конкрементов в желчном пузыре или желчных протоках; течение часто бывает бессимптомным. Рекомендация описывает диагностику по клиническим признакам, лабораторным данным и визуализации, а также выбор между наблюдением, литолитической терапией и хирургическим лечением.

Главное

- Основной метод подтверждения ЖКБ — обнаружение конкрементов при комплексном УЗИ желчного пузыря и желчных протоков. УЗИ применяют также при динамическом наблюдении (УУР С, УДД 4).
- Бессимптомное камненосительство допускает выжидательное наблюдение или консервативное лечение при нерентгеноконтрастных камнях; при симптомах и/или осложнениях показано хирургическое лечение.
- Литолиз оправдан только при холестериновых камнях и сохраненной функции желчного пузыря. Успех следует заранее обсуждать с пациентом и родителями: даже при правильном отборе он составляет 7,2–30,8%.
- К признакам возможного холедохолитиаза относятся желтуха, выраженная боль, повышение показателей печеночной панели, панкреатит и расширение общего или внутрипеченочных желчных протоков по УЗИ.
- При симптомной ЖКБ предпочтительна лапароскопическая холецистэктомия; при технических трудностях хирург может перейти к открытому вмешательству (УУР С, УДД 4).
- Контроль детей с холелитиазом обычно проводят каждые 6–12 месяцев, выполняя УЗИ и биохимический анализ крови; после холецистэктомии наблюдение продолжают 2 года с ежеквартальным УЗИ.
- У детей младше 3 лет операцию проводят только при рецидивирующих болях; в этом возрасте возможно спонтанное растворение конкрементов (УУР С, УДД 5).

Диагностика

1. Собрать анамнез: уточнить боль, ее связь с жирной, жареной или острой пищей, локализацию, иррадиацию, длительность и интенсивность приступов, наличие тошноты, рвоты, изменений стула, температуры, желтухи, темной мочи, светлого кала и кожного зуда. Выяснить ожирение, сахарный диабет и семейную предрасположенность.
2. Оценить общее состояние и осмотреть живот: цвет кожи и склер, участие брюшной стенки в дыхании, мышечную защиту, усиление или появление боли при натуживании или кашле; пропальпировать печень и желчный пузырь, включая симптом Мерфи.
3. Выполнить биохимическую оценку холестаза: определить ЩФ и/или ГГТ, а также свободный и связанный билирубин (УУР С, УДД 5). При диагностике можно исследовать липидный профиль для уточнения вероятного состава камней (УУР С, УДД 5).
4. При подозрении на осложнения назначить общий анализ крови, С-реактивный белок, липазу и/или панкреатическую амилазу, ЛДГ; эти исследования помогают оценить воспаление и исключить или подтвердить гемолитическую анемию (УУР С, УДД 4).
5. Провести комплексное УЗИ органов брюшной полости: оценить желчный пузырь, его содержимое и конкременты, диаметр и содержимое холедоха, а также поджелудочную железу (УУР С, УДД 4).
6. Если УЗИ недостаточно информативно, а имеются косвенные признаки холедохолитиаза, выполнить МРХПГ и/или эндо-УЗИ; у детей обычно предпочтительнее МРХПГ как менее инвазивный метод (УУР С, УДД 4).
7. При необходимости исключить другие причины острой боли используют обзорную рентгенографию; КТ применяют для уточнения поражения стенки желчного пузыря и ее взаимоотношений с окружающими органами либо при недостаточной информативности УЗИ (УУР С, УДД 5).

Лечение

- При обострении ЖКБ пациента госпитализируют. Боль купируют до разрешения симптомов или выполнения ранней холецистэктомии при наличии показаний.
- В качестве терапии первой линии при колике и калькулезном холецистите рекомендована аналгезирующая терапия; чаще применяют НПВП и/или другие анальгетики и антипиретики и/или препараты, обладающие спазмолитическим действием. Спазмолитики можно применять отдельно или в комбинации с НПВП и/или другими анальгетиками и антипиретиками (аналгезирующая терапия: УУР С, УДД 4; спазмолитики: УУР С, УДД 5).
- Из спазмолитиков в тексте указаны гиосцина бутилбромид старше 6 лет, платифиллин, папаверин и его производные, а также дротаверин в таблетках 40 мг детям с 6 лет.
- Литолитическую терапию применяют при бессимптомной ЖКБ или при отказе от операции; обязательны холестериновые камни и сохраненная функция желчного пузыря (УУР С, УДД 4).
- Для растворения камней и билиарного сладжа назначают урсодезоксихолевую кислоту: 10 мг/кг/сут; при признаках холангита — 12–15 мг/кг/сут в 2–3 приема. Лечение должно продолжаться как минимум 6–12 месяцев; после растворения камней требуется длительная поддерживающая терапия в половинной дозе однократно на ночь.
- Условия литолиза: нет воспаления желчевыводящей системы, терапия начата до появления признаков кальцификации, диаметр камня не более 10 мм, а мелкие камни занимают не более половины объема желчного пузыря. УЗИ-контроль проводят не чаще одного раза в 6–10 месяцев; если через 12 месяцев камень не уменьшился или увеличился, терапию прекращают (УУР С, УДД 4).
- Питание должно быть дробным: 5–6 приемов пищи небольшими порциями. Исключают газированную воду, копченые и жареные блюда, приправы (УУР С, УДД 4).
- При симптомах или осложнениях выполняют хирургическое лечение, отдавая предпочтение малоинвазивным методам. При холедохолитиазе проводят эндоскопическую или хирургическую декомпрессию; при возможности выбирают ЭРХПГ с папиллосфинктеротомией. При холангите ЭРХПГ выполняют в течение 72 часов, при тяжелом течении — в течение 12 часов.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренная госпитализация нужна при выраженной боли, симптомах раздражения брюшины, механической желтухе, высокой температуре или интоксикации.
- Плановая госпитализация показана при неоднократных приступах желчной колики, сопутствующем хроническом панкреатите, сниженной сократительной функции желчного пузыря или осложнениях.
- При подозрении или выявлении ЖКБ участковый педиатр направляет ребенка к гастроэнтерологу; первичная диагностика и подбор лечения возможны амбулаторно, в специализированном стационаре или дневном стационаре при нетяжелом течении.
- В санаторно-курортное лечение направляют детей без приступов желчной колики, вне обострения и при неосложненном течении, не требующем операции. Частые тяжелые приступы с нарушением оттока желчи, активная инфекция и эмпиема желчного пузыря являются противопоказаниями.

Частые вопросы

Какой метод подтверждает желчнокаменную болезнь у ребенка?

Комплексное УЗИ органов брюшной полости является скрининговым методом выявления конкрементов в билиарной системе. При недостаточной информативности УЗИ и косвенных признаках холедохолитиаза проводят МРХПГ и/или эндо-УЗИ.

Нужно ли оперировать ребенка при бессимптомных камнях?

При бессимптомном течении возможны наблюдение или консервативное лечение при нерентгеноконтрастных камнях. Операция показана при характерных симптомах и/или осложнениях.

Когда назначают урсодезоксихолевую кислоту и в какой дозе?

УДХК применяют при холестериновых камнях или билиарном сладже, если функция желчного пузыря сохранена и нет воспаления; стандартная доза для растворения камней — 10 мг/кг/сут. При признаках холангита дозу повышают до 12–15 мг/кг/сут в 2–3 приема, курс длится 6–12 месяцев.

Какие признаки указывают на холедохолитиаз?

Настораживают желтуха, выраженная боль, повышение показателей печеночной панели, панкреатит и расширение общего или внутрипеченочных желчных протоков по УЗИ. Если общий желчный проток не расширен, а печеночная панель нормальна, холедохолитиаз с высокой вероятностью отсутствует.

Как наблюдать ребенка после диагностики или холецистэктомии?

При холелитиазе контроль обычно проводят каждые 6–12 месяцев с УЗИ и биохимическим анализом крови; до операции дети наблюдаются каждые 3–6 месяцев. После холецистэктомии диспансерное наблюдение продолжают 2 года, выполняя УЗИ ежеквартально.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/580-zhelchnokamennaya-bolezn. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/580_3