Холецистит

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K81 · Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов", Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация

Холецистит — воспаление желчного пузыря; в этой рекомендации акцент сделан на остром и хроническом акалькулезном холецистите. Главное для практики: быстро распознать острый процесс, подтвердить его лабораторно и визуализацией, госпитализировать в хирургический стационар и не затягивать с оперативной тактикой при отсутствии эффекта.

Главное

- Острый акалькулезный холецистит часто развивается у тяжелых пациентов: при шоке, сепсисе, травмах, ожогах, после сосудистых операций, при длительном парентеральном питании, опиоидах, электролитных нарушениях, кишечных инфекциях и паразитозах.
- Типичная клиника острого холецистита: нарастающая постоянная боль в правом подреберье и эпигастрии с иррадиацией в правую лопатку/плечо/ключицу, тошнота, рвота, признаки раздражения брюшины; наиболее информативен симптом Мерфи.
- Диагноз ОАХ опирается на комплекс данных: боль в правом подреберье, лейкоциты >10×10^9/л с нейтрофилезом и палочкоядерным сдвигом, УЗ-признаки — увеличенный ЖП, стенка >3 мм с отеком и нарушением эхоструктуры, отсутствие камней, перивезикальная жидкость.
- УЗИ печени, желчного пузыря и протоков рекомендуется всем пациентам с подозрением на острый или хронический холецистит с целью подтверждения диагноза; УУР А, УДД 1.
- При ОАХ нужны инфузионная терапия и системные антибиотики; антибиотики улучшают прогноз, но не являются радикальным лечением. УУР для антибиотиков А, УДД 2.
- Хирургическое лечение ОАХ выполняют рано, предпочтительно в первые 72 часа от начала заболевания; ранняя лапароскопическая холецистэктомия — предпочтительный стандарт при наличии условий. УУР В, УДД 1; для ранней ЛХЭ — УУР А, УДД 1.
- При хроническом акалькулезном холецистите специфические диагностические критерии не разработаны; важно исключить холелитиаз, холестероз, опухоли и острый холецистит.

Диагностика

1. Сначала оцените жалобы и риск: боль в правом подреберье/эпигастрии, иррадиация в правую лопатку или плечо, тошнота, рвота; у тяжелых пациентов ОАХ подозревают при боли в животе, системном воспалении/сепсисе без желтухи и признаках динамической кишечной непроходимости.
2. Клинические симптомы острого холецистита рекомендуется исследовать у всех пациентов с синдромом острой боли в верхней половине живота до инструментально-лабораторного обследования. Только по физикальному обследованию диагноз нельзя надежно подтвердить или исключить; УУР В, УДД 1.
3. Назначьте общий анализ крови: лейкоциты >10×10^9/л с нейтрофильным и палочкоядерным сдвигом поддерживают диагноз; >15×10^9/л может указывать на перфорацию или гангрену ЖП. УУР С, УДД 5.
4. Определите С-реактивный белок для повышения точности диагностики; он обычно повышен при ОХ, но может быть неинформативен у тяжелых фоновых и иммуноскомпрометированных пациентов. УУР С, УДД 2.
5. Выполните биохимический анализ крови: общий билирубин, ЩФ, АЛТ, АСТ для оценки холестаза; амилазу и глюкозу — для исключения билиарного панкреатита и сопутствующего сахарного диабета. УУР С, УДД 5.
6. Выполните УЗИ печени, ЖП и протоков: признаки ОАХ — продольный размер ЖП >8 см или поперечный >4 см, стенка >3 мм с отеком/«двойным контуром», перивезикальная жидкость, положительный УЗ-симптом Мерфи; для ОАХ обязательно отсутствие конкрементов.
7. Если клиника нетипична или УЗИ недостаточно, используйте КТ с внутривенным болюсным контрастированием; при недостаточной информативности УЗИ и КТ — МРТ или HIDA-сканирование, а при расширении ОЖП по УЗИ, повышении ЩФ и общего билирубина ≤4 мг/дл без четкой визуализации камня в протоке — МРХПГ или эндосонографию. УУР: КТ В/2, МРТ А/1, HIDA В/2, МРХПГ или эндосонография С/5.

Лечение

- ОАХ лечат в хирургическом стационаре; хронический акалькулезный холецистит может лечиться амбулаторно.
- При обострении хронического акалькулезного холецистита для боли назначают спазмолитики до разрешения симптомов; предпочтительны препараты с селективным действием на гладкую мускулатуру желчевыводящих путей. УУР С, УДД 5.
- При ОАХ начинайте инфузионную терапию для коррекции гемодинамических и метаболических нарушений с мониторингом АД, пульса и диуреза; при тяжелом течении лечение лучше проводить в ОРИТ. УУР С, УДД 5.
- В ОРИТ целевые показатели терапии: ЦВД 8–12 мм рт. ст., среднее АД >65 мм рт. ст., венозная сатурация >70%, диурез >0,5 мл/кг/ч; адренергические и дофаминергические средства показаны при сохраняющейся гипотонии несмотря на адекватную инфузию.
- При ОАХ назначают системные антибиотики с хорошим проникновением в желчные пути: пиперациллин+тазобактам; цефепим, цефтазидим ± метронидазол; имипенем+циластатин, меропенем, дорипенем; азтреонам ± метронидазол; ципрофлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин ± метронидазол. УУР А, УДД 2.
- При I–II степени тяжести ОАХ антибиотики можно завершить через 24 часа после холецистэктомии; при осложненном течении — 4–7 дней после ликвидации очага инфекции и восстановления желчеоттока; при Enterococcus spp. или Streptococcus spp. в крови — не менее 14 дней после ликвидации очага.
- Если воспаление при ОАХ не купируется клинически, лабораторно и инструментально, выполняют холецистэктомию или чрескожную чреспеченочную холецистостомию под УЗ-контролем; выбор зависит от анестезиологического риска, осложнений и общего состояния. УУР С, УДД 3.
- При перфорации ЖП, диффузном или распространенном перитоните показана экстренная операция в ближайшие 2–3 часа от диагноза; УУР С, УДД 4.

Когда направить и как наблюдать

- Все пациенты с подозрением на ОАХ должны быть осмотрены хирургом.
- Признаки ОАХ — показание к срочной госпитализации в хирургическое отделение ближайшей медицинской организации.
- При неэффективности консервативного лечения в течение 24–48 часов пациента переводят из организации I уровня туда, где доступны лапароскопическая холецистэктомия и при необходимости эндоскопические вмешательства на желчных протоках.
- Среднетяжелый и тяжелый ОАХ нужно сразу направлять в хирургические отделения медицинских организаций II или III уровня.
- После холецистэктомии в первый месяц пациента наблюдают совместно терапевт и хирург; далее консультации и исследования проводят по показаниям, пациенты относятся ко II группе диспансерного наблюдения.

Частые вопросы

Какие УЗ-признаки наиболее важны для острого акалькулезного холецистита?

Ищут увеличение ЖП: продольный размер >8 см или поперечный >4 см, стенку >3 мм с отеком и нарушением эхоструктуры, перивезикальную жидкость и положительный УЗ-симптом Мерфи. Для диагноза ОАХ принципиально отсутствие конкрементов.

Можно ли поставить диагноз острого холецистита только по симптому Мерфи?

Нет. Физикальные признаки нужно оценивать до лабораторно-инструментального обследования, но только осмотром диагноз нельзя надежно подтвердить или исключить.

Когда при ОАХ нужна ранняя холецистэктомия?

Хирургическое лечение рекомендуют выполнять в ранние сроки — до 72 часов от начала заболевания. Предпочтительна лапароскопическая холецистэктомия, как только подготовлены условия для операции.

Кому вместо холецистэктомии выполняют чрескожную чреспеченочную холецистостомию?

Ее используют при ОАХ с высоким операционно-анестезиологическим риском из-за декомпенсации сопутствующих болезней, ASA ≥3, и при тяжелом течении Grade III. После процедуры рекомендуется контрольное УЗИ.

Что делать, если после холецистостомии нет улучшения?

Если через 12–24 часа после установки чрескожной чреспеченочной холецистостомы улучшения нет, показана холецистэктомия.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/819-holecistit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/819_1