Желчнокаменная болезнь

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K80.0, K80.1, K80.2, K80.3, K80.4, K80.5, K80.8, K82.0 · Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов", Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Ассоциация "Эндоскопическое общество "РЭндО"

Желчнокаменная болезнь — хроническое заболевание с образованием камней в желчных путях; она может протекать бессимптомно или осложняться коликой, холециститом, холедохолитиазом, холангитом и билиарным панкреатитом. Главные задачи — подтвердить наличие камней, определить осложнения и своевременно выбрать эндоскопическое или хирургическое лечение.

Главное

- Диагноз ЖКБ подтверждает визуализация желчных камней любым инструментальным методом; форму заболевания определяют по совокупности клинических, лабораторных и инструментальных данных.
- При бессимптомном холецистолитиазе лечение и специальное наблюдение не нужны, кроме ситуаций, когда профилактическая холецистэктомия показана из-за повышенного риска рака желчного пузыря.
- Желчная колика длительностью более 6 часов заставляет подозревать острый холецистит; повышение билирубина и/или щелочной фосфатазы требует исключать камень общего желчного протока, а лихорадка с ознобом — холецистит или холангит.
- При остром калькулезном холецистите предпочтительна ранняя холецистэктомия, обычно лапароскопическая, в первые 72 часа от начала заболевания после подготовки условий для операции.
- При холедохолитиазе основным методом санации служат эндоскопическая папиллосфинктеротомия и извлечение камней; при вклинении камня в большой дуоденальный сосочек или холангите декомпрессию выполняют в течение 24 часов, в остальных случаях — не позднее 72 часов.
- При тяжелом холецистите или высоком операционно-анестезиологическом риске возможна этапная тактика: сначала декомпрессия или дренирование желчного пузыря, затем отсроченная холецистэктомия.
- Для профилактики камнеобразования важны физическая активность и ограничение легкоусвояемых углеводов; после бариатрической операции или на низкокалорийной диете до 800 ккал/сут применяют УДХК 1000–1500 мг/сут в течение 3–12 месяцев по решению врача.

Диагностика

1. Собрать анамнез: уточнить билиарную боль, приступы колики, перенесенный острый холецистит, панкреатит, желтуху, лихорадку и ознобы. Диспепсические жалобы после жирной пищи не следует рассматривать как симптомы собственно ЖКБ.
2. Провести осмотр и оценить болезненность в правом подреберье, симптомы Мерфи и другие признаки холецистита, а также признаки желтухи, холангита и панкреатита. У пациентов с камнями без клинических признаков холецистита диагноз устанавливают по данным визуализации (УУР С, УДД 5).
3. При подозрении на острый холецистит и другие осложненные формы ЖКБ выполнить общий анализ крови с лейкоформулой (УУР С, УДД 5). При подозрении на острый холецистит или холангит определить С-реактивный белок (УУР С, УДД 5).
4. Определить АЛТ, АСТ, щелочную фосфатазу, ГГТ, общий и конъюгированный билирубин, панкреатическую амилазу (УУР С, УДД 5). При отсутствии повышения АСТ, АЛТ, щелочной фосфатазы, ГГТ и билирубина и расширения общего желчного протока вероятность холедохолитиаза очень низкая.
5. Первым методом визуализации выполнить комплексное УЗИ органов брюшной полости с оценкой печени, желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы (УУР С, УДД 5). При подозрении на острый холецистит УЗИ также является первым исследованием (УУР С, УДД 4).
6. При недостаточной информативности УЗИ у пациента с билиарной болью или признаками холецистита провести МРХПГ (УУР В, УДД 2) либо эндоУЗИ (УУР С, УДД 5). При расширении общего желчного протока и отклонении печеночных тестов без визуализации камня МРХПГ или эндоУЗИ рекомендуются для подтверждения или исключения холедохолитиаза (УУР А, УДД 2).

Лечение

- Назначить лечебное питание: избегать больших перерывов между приемами пищи, алкоголя, газированных напитков, острого, соленого, копченого, маринадов и большого количества жиров; переносимость жиров и яичных желтков оценивают индивидуально.
- При желчной колике без противопоказаний использовать НПВП до купирования симптомов (УУР B, УДД 1) и добавить спазмолитик (УУР B, УДД 3). В исследованиях применялись диклофенак 75 мг внутримышечно, кетопрофен 200 мг внутривенно или индометацин 50 мг в суппозиториях.
- При остром холецистите и осложненном холедохолитиазе проводить инфузионную терапию с контролем давления, пульса и диуреза (УУР C, УДД 5). При тяжелом течении целевые показатели: среднее АД более 65 мм рт. ст., диурез более 0,5 мл/кг/ч, сатурация венозной крови более 70%; вазопрессоры показаны при сохраняющейся гипотонии после адекватной инфузии.
- При остром холецистите Grade I системные антибиотики не рекомендуются (УУР C, УДД 5). При Grade II–III системная антибактериальная терапия показана (УУР C, УДД 5); возможны пиперациллин/тазобактам, цефалоспорины 3–4-го поколения, карбапенемы, монобактамы или фторхинолоны с учетом тяжести, инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи, функции почек и печени.
- При осложнениях ЖКБ показано хирургическое лечение (УУР C, УДД 4). После желчной колики выполняют плановую или раннюю холецистэктомию для профилактики острого холецистита (УУР A, УДД 1).
- При остром калькулезном холецистите выполняют раннюю, предпочтительно лапароскопическую, холецистэктомию в первые 72 часа (УУР B, УДД 1). При перфорации желчного пузыря и распространенном перитоните нужна экстренная операция в ближайшие 2–3 часа после установления диагноза.
- При холедохолитиазе выполняют эндоскопическую папиллосфинктеротомию с литоэкстракцией (УУР B, УДД 1). При конкрементах общего желчного протока более 1 см после дозированной папиллосфинктеротомии добавляют баллонную дилатацию, при необходимости — механическую литотрипсию (УУР A, УДД 1).
- Если полное эндоскопическое извлечение камней невозможно, завершают вмешательство установкой пластикового билиарного стента или назобилиарного дренажа (УУР B, УДД 2). При неэффективности ретроградной декомпрессии выполняют чрескожное чреспеченочное дренирование (УУР C, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- Желчная колика, острый холецистит, холедохолитиаз с холангитом, механической желтухой или острым билиарным панкреатитом — показания к госпитализации в хирургический стационар.
- Всех пациентов с подозрением на острый холецистит должен осмотреть хирург; диагностика колики или острого холецистита является показанием к срочной госпитализации.
- При остром холецистите средней или тяжелой степени, а также при холедохолитиазе с холангитом или механической желтухой пациента сразу направляют в хирургическое отделение медицинской организации II–III уровня, где доступно транспапиллярное эндоскопическое вмешательство.
- Если консервативное лечение неэффективно в течение 24–48 часов, пациента переводят из медицинской организации I уровня в учреждение II уровня или межрайонное хирургическое отделение, где доступны лапароскопическая холецистэктомия и транспапиллярное вмешательство.
- При невозможности выполнить эндоскопическую папиллосфинктеротомию или чрескожное чреспеченочное дренирование пациента без тяжелого гнойного холангита немедленно направляют в специализированное учреждение с необходимым оснащением и специалистами.

Частые вопросы

Нужно ли оперировать бессимптомные камни желчного пузыря?

Обычно нет: лечение и специальное наблюдение не назначают. Плановая профилактическая холецистэктомия нужна при факторах повышенного риска рака желчного пузыря, включая камни размером ≥3 см у пациентов старше 50 лет, длительность ЖКБ более 20 лет, фарфоровую трансформацию, аденомы и полипоидные образования ≥8 мм.

Как обезболивать желчную колику?

При отсутствии противопоказаний назначают НПВП до разрешения симптомов и добавляют спазмолитик. В исследованиях использовались диклофенак 75 мг внутримышечно, кетопрофен 200 мг внутривенно и индометацин 50 мг в суппозиториях.

Когда после колики подозревать острый холецистит или холедохолитиаз?

Продолжение боли более 6 часов требует исключать острый холецистит. Повышение билирубина и/или щелочной фосфатазы указывает на необходимость исключать камень общего желчного протока; лихорадка с ознобом после колики характерна для холецистита и/или холангита.

Как диагностировать острый холецистит по критериям Tokyo?

Вероятный диагноз — минимум один местный признак воспаления и минимум один системный признак либо характерные данные визуализации. Определенный диагноз требует признаков из всех трех групп: местных, системных и визуализационных.

В какие сроки декомпрессировать желчные протоки при холангите?

При холедохолитиазе с холангитом или вклинением камня в большой дуоденальный сосочек декомпрессию выполняют в течение 24 часов от установления диагноза. В остальных случаях дренирование проводят не позднее 72 часов; при холангите Grade II–III декомпрессию выполняют незамедлительно параллельно с консервативной терапией.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/877-zhelchnokamennaya-bolezn. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/877_1