

Date: 1st June-2026

**ТАКТИКА ПРИ БИЛИАРНОМ ТЯЖЁЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ И
НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В СОСТАВЕ ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Кадилов Р.Н., Курбаниязов З.Б., Абдулсаидов С.К.

*Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи, г. Самарканд, Республика Узбекистан*



Введение. Билиарный фактор является ведущей причиной тяжёлого острого панкреатита, а сроки и объём вмешательств на желчных путях при сочетании с панкреонекрозом остаются предметом дискуссии. Раннее энтеральное питание рассматривается как средство профилактики бактериальной транслокации — основного пути инфицирования очагов деструкции. Цель исследования — оценить результаты тактики при билиарном тяжёлом остром панкреатите и нутритивной поддержки в составе этапного малоинвазивного лечения.

Материал и методы. Из 176 больных тяжёлым острым панкреатитом (Самаркандский филиал РНЦЭМП, 2019–2025 гг.) билиарная этиология установлена у 79 (44,9%). Выполняли ЭРХПГ, папиллосфинктеротомию, литоэкстракцию, назобилиарное дренирование и холецистэктомию в период госпитализации либо отсроченно. Нутритивную поддержку у 96 больных основной группы проводили через назоюнональный или назогастральный зонд, по смешанной схеме или парентерально. Оценивали осложнения эндоскопических вмешательств, сроки начала и продолжительность энтерального питания, сроки восстановления перорального питания.

Результаты. ЭРХПГ выполнена 52 больным (65,8%), папиллосфинктеротомия — 46 (58,2%), литоэкстракция — 31 (39,2%), назобилиарное дренирование — 8 (10,1%). Холецистэктомия выполнена 66 больным: в период госпитализации — 29 (36,7%), отсроченно — 37 (46,8%), лапароскопически — в 92,4% случаев; отсроченное вмешательство предпочитали при сохраняющихся признаках активного воспаления парапанкреатической клетчатки. Осложнения эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке отмечены у 7 больных (постманипуляционный панкреатит — 3, кровотечение из зоны папиллотомии — 2, холангит — 2) и устранены консервативно или эндоскопически. Назоюнональный зонд применён у 61 больного (63,5%), назогастральный — у 18 (18,8%), смешанная схема — у 10 (10,4%), полное парентеральное питание — лишь у 7 (7,3%). Энтеральное питание начинали на 3 [2; 5] суток от поступления, продолжительность зондового питания составила 12 [8; 19] суток. Пероральное питание восстанавливалось на $8,1 \pm 3,7$ суток против $12,6 \pm 5,4$ суток в группе открытых вмешательств ($p < 0,001$).

Обсуждение. Устранение билиарной гипертензии и холедохолитиаза эндоскопическим путём позволяет отсрочить холецистэктомию до стихания воспаления в клетчатке и выполнить её лапароскопически. Раннее энтеральное

Date: 1st June-2026

питание сохраняет барьерную функцию кишки и ограничивает бактериальную транслокацию.

Заключение. При билиарном тяжёлом остром панкреатите эндоскопическая санация желчных путей с отсроченной лапароскопической холецистэктомией сопровождается низкой частотой осложнений, а раннее назоеюнальное питание в составе этапного лечения ускоряет восстановление перорального питания на 4,5 суток.

Ключевые слова: *билиарный панкреатит, ЭРХПГ, папиллосфинктеротомия, холецистэктомия, энтеральное питание, назоеюнальный зонд.*

