

УДК 616.37-002

Мулкадарова С.Н.

студентка

4 курс, факультет «Лечебное дело»

Ижевская государственная медицинская академия

Россия, г. Ижевск

Некрасова А.А.,

студентка

4 курс, факультет «Лечебное дело»

Ижевская государственная медицинская академия

Россия, г. Ижевск

Фокина Т.Ю.,

студентка

4 курс, факультет «Лечебное дело»

Ижевская государственная медицинская академия

Россия, г. Ижевск

Акимов А.А.,

аспирант кафедры факультетской хирургии

Ижевская государственная медицинская академия

Россия, г. Ижевск

Научный руководитель:

Стяжкина С.Н., доктор медицинских наук, профессор

профессор кафедры факультетской хирургии

Ижевская государственная медицинская академия

Россия, г. Ижевск

Mulkadarova S.N.,

student

4 course, General Medicine department

Izhevsk State Medical Academy

Russia, Izhevsk

Nekrasova A.A.,

student

4 course, General Medicine department

Izhevsk State Medical Academy

Russia, Izhevsk

Fokina T.Y.,

student

4 course, General Medicine department

Izhevsk State Medical Academy

Russia, Izhevsk

Akimov A.A.,

Postgraduate student of the Department of Faculty Surgery

Scientific adviser:

Styazhkina S. N., doctor of medicine, professor

Professor of the Department of Faculty Surgery

Izhevsk State Medical Academy

Russia, Izhevsk

**КОНСЕРВАТИВНОЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
CONSERVATIVE AND SURGICAL TREATMENT OF
POSTNECROTIC PANCREATIC CYSTS**

Аннотация: Кистой поджелудочной железы называют патологическую полость, образованную фиброзной соединительной тканью. Постнекротические кистозные образования поджелудочной железы являются осложнением деструктивного панкреатита. В настоящее время существует множество различных методов консервативного и оперативного лечения кист.

Ключевые слова: поджелудочная железа, панкреонекроз, постнекротическая киста, псевдокиста, лечение.

Annotation: *A pancreatic cyst is a pathological cavity formed by fibrous tissue. Postnecrotic cystic formations of the pancreas are a complication of destructive pancreatitis. Currently, there are many various methods of conservative and surgical treatment of cysts.*

Key words: *pancreas, acute pancreatitis, pancreonecrosis, postnecrotic cyst, pseudocyst, treatment.*

Киста (от греч. kistis – ‘пузырь’) — патологическое полостное образование со стенками, локализующееся в паренхиматозных органах, в просвете которого имеется различного рода жидкостное содержимое [3]. Кистой поджелудочной железы называют патологическую полость, образованную фиброзной соединительной тканью. Она локализуется непосредственно в самой железе или в перипанкреатических тканях. Термин «киста поджелудочной железы» включает в себя множество патологических процессов, развивающихся в поджелудочной железе, характеризующихся наличием полости, содержащей внутри себя жидкость [5].

Дж. Морганьи в 1761 г., производя вскрытие, впервые обнаружил и описал кистозное образование поджелудочной железы, а через год его описал Сторк [8]. В 1862 г. В. Божеманном была выполнена первая попытка опорожнения кисты поджелудочной железы, но она закончилась летальным исходом, вследствие развития перитонита. Первое успешное удаление панкреатической кисты была произведена Денту в 1881 г. В начале развития хирургического лечения панкреатических кист данную патологию считали редким, даже казуистическим поражением поджелудочной железы. Однако частота выявления панкреатических кистозных образований во время патологоанатомических вскрытий была в

десятки раз больше, чем их клиническое обнаружение. Уже к началу 20 века статистика отдельных хирургов по встречаемости кист поджелудочной железы достигает нескольких тысяч наблюдений.

По данным В. В. Виноградова, У. А. Арипова и М. В. Данилова, в 70-е годы XX века среди всех пациентов, готовые были госпитализированы в хирургические отделения, кисты поджелудочной железы встречались в 0,01%, а среди больных, поступающих в стационар экстренно, частота достигает 0,1% [10]. Согласно последним исследованиям частота развития кистозных образований поджелудочной железы увеличивается.

Под термином «псевдокиста» понимается патологическую полость, имеющую фиброзную стенку и содержимое и локализирующуюся в ткани поджелудочной железы или перипанкреатической области. Такое определение исключает все прочие жидкостные образования, не имеющие капсулы. Содержимое псевдокисты может быть представлено панкреатическим соком, гемморагическим содержимым, некротизированной тканью железы и перипанкреатической жировой клетчатки, воспалительным экссудатом.

За последние несколько десятков лет в клинической практике получили широкое распространение высокоточные методы визуализации, что явилось причиной увеличения числа выявляемых кист поджелудочной железы. Чаще всего кисты развиваются в следствие воспалительного процесса, исходом которого является панкреонекроз. По различным данным панкреонекроз осложняется постнекротическими кистами в 7-80% случаев [1].

На современном этапе развития хирургии существует множество различных методов лечения, как консервативного, так и оперативного.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПКПЖ

На сегодняшний день подбор способа лечения псевдокист ПЖ остаётся важной проблемой в хирургической практике. Консервативное лечение ПКПЖ ориентировано на купирование сопутствующего воспаления ПЖ на фоне острого панкреатита. Подобное лечение не считается целенаправленным по отношению к ПКПЖ, т.к. оно не предусматривает вид кистозного содержимого, наличие либо отсутствие разгерметизации системы протоков ПЖ, вовлеченности находящихся вокруг железы органов в патологический процесс.

Консервативная терапия основывается на противосекреторном, инфузионном, спазмолитическом, симптоматическом и противобактериальном принципах терапии, при этом она является неселективной. Согласно сведениям множества исследователей, удачная консервативная терапия возможна в 14-70% клинических случаев, а полный регресс кист начинается только в 15-30% [4, 18]. Согласно отдельным исследованиям [17], оптимальные результаты консервативного лечения могут достигаться при начале лечения до 4 недель с начала образования псевдокисты до стадии острых жидкостных скоплений, не обладающих соединительнотканной капсулой.

Кроме того, консервативная терапия ПКПЖ небольших размеров (<4 см), образовавшихся в период до 6 недель от начала острого панкреатита, при отсутствии признаков осложнения также считается результативной [15]. ПКПЖ больших размеров и/или имеющиеся более 6 недель не склонны к спонтанной регрессии [9, 11]. При затяжном консервативном лечении подобных ПКПЖ возможно формирование осложнений.

Применение изолированной консервативной терапии считается ограниченным, а иногда и недостаточным вариантом лечения ПКПЖ, требующим активной хирургической тактики [13].

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПКПЖ

На сегодняшний день существует широкий спектр выполняемых оперативных вмешательств при ПКПЖ, которые условно можно разделить на две группы – традиционное хирургическое лечение и малоинвазивные методы хирургического лечения. Традиционными хирургическими способами являются операции наружного и внутреннего дренирования и разнообразные виды резекции ПЖ. Традиционные оперативные вмешательства востребованы в течении множества десятков лет, что связано с неимением новых способов диагностики и оборудования. Но даже сейчас они не утратили актуальности. Малоинвазивными способами лечения являются наружные пункция и дренирование под УЗИ- или КТ-контролем; трансабдоминальное трансорганное дренирование под УЗИ-контролем; лапароскопические операции наружного или внутреннего дренирования; операции из мини-доступа; транслюминальные (трансгастральные, трансдуоденальные) эндоскопические пункция и дренирование; транспапиллярные эндоскопические вмешательства (стентирование вирсунгова протока) и другие [9, 13].

Большая часть исследователей заявляет о необходимости селективного подхода к больному. Согласно их суждению, подбор вида хирургического лечения находится в зависимости от множества условий – оснащённости ЛПУ, наличия грамотных специалистов, обладающих знаниями о передовых методах диагностики и лечения, уровня зрелости (сформированности) капсулы ПКПЖ, наличия или отсутствия сообщения между полостью ПКПЖ с вирсунговым протоком, присутствия осложнений и рисков хирургического вмешательства [4].

Сегодня имеет место выраженная направленность на увеличение числа малоинвазивных вмешательств при ПКПЖ. При этом без общепринятой хирургической стратегии и диагностики возможно снижение эффективности использования малоинвазивных вмешательств

либо излишняя травматизация больных [5], что может быть связано с недостаточной предоперационной диагностикой уровня сформированности капсулы ПКПЖ и наличием или отсутствием сообщения ПКПЖ с вирсунговым протоком, дифференциальной диагностикой с кистозными опухолями, отсутствием единых сроков оперативных вмешательств, а также с выбором неподходящего способа малоинвазивного лечения [13].

Операции наружного дренирования.

Авторы в своих многочисленных публикациях заявляют, что классическая операция дает возможность осуществить полную ревизию ПЖ, ПКПЖ, эвакуировать кистозное содержимое и осуществить некрсеквестрэктомию, полную санацию, поставить дренажи в полость ПКПЖ или дренажную систему с активной аспирацией. В основной массе ситуации наружное дренирование ПКПЖ осуществляют в случае присутствия инфицированного содержимого кисты. Подобное хирургическое вмешательство считается операцией выбора при распространённых формах инфицированного панкреонекроза, осложнённого формированием острых панкреатогенных кист. В некоторых ситуациях хирурги вынуждены осуществлять наружное дренирование осуществляют, например, если инфицированная ПКПЖ была выявлена во время лапаротомии, при этом капсула кисты не сформирована или положение больного не дает возможности осуществить операцию в большем объёме. Возможность интраоперационной диагностики является ключевым достоинством наружного дренирования. Благодаря этому, возможно проведение бактериологического и биохимического анализа кистозного содержимого, гистологическое исследование капсулы ПКПЖ, в некоторых случаях с цитогистологическим анализом [1]. Наружное дренирование ПКПЖ может приводить к формированию различной степени осложнения, в том числе и

смертельных. Летальность при создании наружного поджелудочного свища доходит до 30%, а при недиагностированной разгерметизации системы протоков ПЖ – 25%. Длительность лечения в стационарных условиях у данного контингента больных обычно составляет 35-45 койко-дней [2, 11].

Операции внутреннего дренирования.

Оперативным вмешательствами внутреннего дренирования являются образование цистодигестивных анастомозов – цистогастроанастомоз (ЦГА), цистодуоденоанастомоз (ЦДА) и цистоеюноанастомоз (ЦЕА). Данные операции выполняются больным с неинфицированной ПКПЖ при сформированной капсуле. Согласно множеству исследователей, лапаротомия считается лучшим доступом при проведении внутреннего дренирования. Осуществление цистодигестивных анастомозов, в особенности в случае хронического кистозного панкреатита, может содействовать уменьшению гипертензии внутри протоков ПЖ, что связано с эвакуацией кистозного содержимого ПКПЖ в полость органов ЖКТ, участвующих в создании анастомоза. Снижение давления в системе протоков ПЖ дает возможность в самые короткие сроки снять болевой синдром, избежать последующее развитие патологического процесса в паренхиме ПЖ, ведущие к формированию экскреторной и эндокринной недостаточности. Еще один значимым плюсом цистодигестивных анастомозов считается невысокое число осложнений в виде развития поджелудочных свищей [1, 2, 6]. Тем не менее некоторые исследования показывают, что возможно при проведении операции внутреннего дренирования имеет место большой процент иных послеоперационных осложнений, в том числе несостоятельность анастомоза, воспаление брюшины, инфицирование ПКПЖ, аррозивные кровотечения, пептические язвы анастомоза, их стенозирование,

инфицирование послеоперационной раны, высокий риск развития рецидивов. Доля осложнений составляет 35% и более [1, 15].

Подбор вида анастомоза обусловлен особенностями анатомии ПКПЖ. В случае интраоперационного выявления плотного сращения ПКПЖ с задней стенкой желудка необходимо проводить ЦГА. Если ПКПЖ сращена с задней поверхностью двенадцатиперстной кишки, операцией выбора станет ЦДА. Многие исследователи считают, что наибольшая частота осложнений, в том числе аррозивные кровотечения, и высокая летальность (до 40%) наблюдается при ЦГА и ЦДА, что, возможно, обусловлено развитием рефлюкса желудочного и двенадцатиперстного содержимого в полость ПКПЖ [11].

Следовательно, цистодигестивные анастомозы, в большей степени ЦЕА, считаются неплохим патогенетическим способом хирургического лечения ПКПЖ с невысокой летальностью, однако они имеют достаточно большой процент послеоперационных осложнений.

Резекция поджелудочной железы с постнекротической кистой.

Имеется большое число видов резекционных вмешательств при ПКПЖ. Чаще всего проводят цистэктомия, дистальную резекцию ПЖ совместно с ПК, операцию Бегера в разных вариациях, реже – панкреатодуоденальную резекцию, панкреатэктомия. Кроме того, применяются операция Фрэя и панкреатоеюностомия. Основным показанием к проведению резекционных мероприятий является индуративно-кистозный воспалении дистальных отделов ПЖ, особенно при развитии наружной поджелудочной фистулы.

Абсолютным показанием к резекции считается аррозивное кровотечение [13, 14, 27]. Операция Фрэя и панкреатоеюностомия проводятся в случае образования малых ретенционных кист и значительной патологии системы протоков ПЖ (калькулёз, стриктуры). В случае псевдотуморозного индуративного воспаления головки ПЖ и

наличия псевдокист этой же части органа, осложнённом механической желтухой, портальной гипертензией, выполняется либо операция Бегера, либо панкреатодуоденальная резекция. Выбор зависит от вовлеченности в патологический процесс находящихся вокруг ПЖ органов и тканей [2].

Некоторые исследователи считают необходимым увеличение доли резекционных операции, т. к. это радикальное хирургическое лечение кистозного панкреатита. Процент осложнений после проведения резекции, согласно сведениям разных авторов, составляет 5,5-40%, летальность – 2,5-13%, что связано с длительностью и травматичностью резекционных вмешательств. Необходимо отметить и существенный процент развития сахарного диабета после резекции ПЖ – 75-95% [2, 8, 11, 15]

На сегодняшний день традиционные хирургические операции при ПКПЖ не утратили актуальности, а в отдельных случаях они считаются единственно возможным способом лечения. Однако использование данного метода оперативного лечения ведет за собой высокий риск развития послеоперационных осложнений, летального исхода и существенные расходы в связи с длительным стационарным лечением. По этим причинам ведется разработка более результативных способов хирургического лечения.

В последнее время широкое распространение получили **малоинвазивные методы лечения ПКПЖ.**

В 1976 г. S. Hancke и J.F. Pedersen впервые выполнили малоинвазивную **транскутанную тонкоигольную пункцию** ПКПЖ под УЗ-контролем [13]. Она считается довольно безопасным и несложным в исполнении способом малоинвазивного вмешательства и не нуждается в системной анестезии. Кроме того, возможно ее проведение у больных с серьезной сопутствующей патологией при незначительных рисках формирования послеоперационных осложнений. К сегодняшнему дню появились данные исследования, что ограничивают показания к

проведению пункции, в связи с высоким процентом развития рецидивов ПКПЖ (до 40%). Так или иначе, множество авторов считает, что приведенный вид малоинвазивного вмешательства больше подходит для диагностических целей, нежели чем для лечения [13].

С развитием технологического процесса был изобретен **пункционно-дренирующий способ** лечения ПКПЖ. При этом способе в полость кисты вводится мелкокалиберный дренаж, равный по диаметру пункционной игле [13]. Он приобрел широкое распространение, т.к. в полости кисты остаётся дренажная система, которую используют с целью эвакуации ее содержимого, введения разных лекарственных веществ, антисептиков, склерозантов и рентгенконтрастных веществ [7, 15]. Использование данного вида малоинвазивного наружного дренирования, в отличие от классических операции наружного дренирования, ведет к уменьшению количества осложнений, что подтверждают некоторые работы [7, 13]. На сегодня нет общего мнения относительно показаний к проведению транскутанного дренирования с УЗ-контролем. Многочисленные исследования показывают, что при его выполнении в качестве стартового лечения острых псевдокист на фоне острого панкреатита, в особенности при гастродуоденальной обструкции и механической желтухе из-за сдавления дистального отдела желудка и общего желчного протока псевдокисто, размерами от 10 см и неэффективности выполняемой консервативной терапии [15]. При проведении транскутанного дренирования не учитывается уровень сформированности капсулы ПКПЖ, присутствие сообщения псевдокисты с поджелудочным протоком, что считается прямым, но условным противопоказанием, связанный с риском развития наружного поджелудочного свища. Однако, в отдельных случаях возможно проведение данной стратегии в качестве симптоматической терапии, что представляет собой вынужденную меру по отношению к пациентам с

серьезной сопутствующей патологией, общим тяжелым состоянием в свойстве симптоматичной терапии [4, 16]. Ещё одним важным ограничивающим условием использования транскутанного дренирования считается наличие секвестров в полости ПКПЖ, в особенности, если их размеры составляют более 4 см, так как малый калибр катетера не дает возможность осуществить их элиминацию [13]. По данным некоторых исследований, процент осложнений транскутанного дренирования составляет 8-35%. К ним относятся наружные поджелудочные свищи, кровотечения, перфорации органов желудочно-кишечного тракта, казуистическими осложнениями являются травмы селезенки и крупных кровеносных сосудов [8]. Кроме того, пункционно-дренирующий способ имеет свою техническую специфику и выполняется при УЗ-контроле, так как в отдельных случаях отсутствует безопасный ультразвуковой доступ для проведения пункции.

В.И. Давыдкин и соавт. (2014 г.) успешно применили способ трансорганного (трансдуоденального) наружновнутреннего дренирования ПКПЖ с УЗ-контролем, рекомендованный как вынужденное вмешательство в случае сложной локализации ПКПЖ и отсутствии УЗ-окна. Результативность этого способа все еще требует доказательств [5].

А. D'Egidio et al. [13] в своих работах разделил ПКПЖ на 3 типа и определил показания к транскутанному дренированию. Первый тип – постнекротические кисты, не сопряженные с системой протоков ПЖ и появившиеся уже после перенесенного острого панкреатита. Второй тип – кистозные образования, сообщающиеся с неизмененным ГПП и развившиеся на фоне хронического воспаления ПЖ. К третьему типу принадлежат ретенционные кисты при хроническом панкреатите, сформировавшиеся в следствии обструкции поджелудочных протоков. Транскутанное дренирование осуществляется только больным первой

группы и противопоказано пациентам третьей группы, так как оно нередко ведет к развитию наружных поджелудочных свищей (в 45–60 %) [5, 6].

Еще одним значимым течением в развитии пункционно-дренирующих способов считается **крупнокалиберное дренирование** ПКПЖ. Данный метод подходит для лечения пациентов с распространёнными формами инфицированного панкреонекроза и отграниченными формами, в т. ч. постнекротических кист. Однако данный способ имеет свои ограничения в использовании, связанные с техническим оснащением ЛПУ, т.к. его проведение требует специального рентгенологического и интервенционного эндоскопического оборудования [1, 13].

В последнее время появилось большое число публикаций, касающихся использования **лапароскопии** в качестве компонента комплексного лечения хронического панкреатита и ПКПЖ [6, 11, 17], в связи с широким внедрением в хирургической практике. Лапароскопические вмешательства обладают множеством положительных сторон в сравнении с классическими хирургическими операциями, и в первую очередь это незначительная травматизация во время проведения операции, что в особенности немаловажно у больных со серьёзной сопутствующей патологией. Лапароскопия считается одним из хирургических доступов, позволяющих осуществлять множество видов операции на ПЖ и ПКПЖ, в том числе наружное дренирование, операции внутреннего дренирования и резекции ПЖ. Еще одним плюсом лапароскопии считается меньшая длительность последующего стационарного лечения. Многие авторы отмечают, что использование лапароскопических операции зависит от навыков хирурга, что может значительно снизить частоту послеоперационных осложнений, в том числе развитие поджелудочных свищей после проведения наружного дренирования кисты (28–33%) [13].

Наиболее редко применяемым видом малоинвазивного лечения считаются **операции из мини-доступа**. К ним, в первую очередь, относятся видеооментобурсоскопия и операции с применением набора «Мини-ассистент» [13]. Оценка эффективности затруднена в связи с отсутствием большого опыта в их проведении.

Эндоскопическое транслюминальное дренирование.

Впервые эндоскопическое транслюминальное дренирование ПКПЖ было осуществлено в 1975 г. слепым способом, без применения дополнительных способов визуализации. В РФ эндоскопическая цистогастростомия впервые была проведена 2 февраля 1986 г. [13]. Сущность данного способа состоит в создании сообщения между кистой и полым органом брюшной полости с эндоскопическим контролем, вследствие чего кистозное содержимое выводится в полость желудка либо двенадцатиперстной кишки. Наиболее важными в проведении эндоскопического транслюминального дренирования считаются этапная санация полости кисты и элиминация секвестров. В последующем с целью аспирации содержимого кисты в ее полость устанавливали цистоназальный дренаж. Кроме того, установленная дренажная система позволяла вводить антисептики. Были внедрены разнообразные стенты, которые вставляли в кисту через стенку желудка или двенадцатиперстной кишки [10, 12]. Приведенный способ достаточно прост в исполнении, однако число осложнений при его использовании доходит до 30% [13]. К ним относятся инфицирование содержимого кисты в следствии рефлюкса содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки, кровотечения из места пункции и соустья в ходе проведения трансмурального доступа и стенозирование анастомоза. Кроме того, выполнение транслюминального дренирования в отсутствии средств дополнительной визуализации может привести к перфорации органов брюшной полости, кровотечениям из крупных кровеносных сосудов [10, 12]. Частота рецидивов доходит до

25% [1, 13]. Данный способ использовался в течении продолжительного времени, что было обусловлено с его весьма невысокой летальностью и малотравматичностью. Однако отсутствие способов дополнительной визуализации не давало его более широко внедрить в хирургическую практику.

Эндоскопическое транслюминальное дренирование под ЭУС-наведением.

На сегодня существует большое количество публикаций об использовании эндоскопической ультрасонографии (эндо-УЗИ или ЭУС) в диагностике и лечении патологии желудочно-кишечного тракта. Способ эндо-УЗИ состоит в том, что в микроэндоскоп встраивается УЗ-датчик, который дает возможность исследовать полые органы со стороны их просвета и визуализировать находящийся вокруг их анатомические образования.

Данный метод считается многообещающим способом малоинвазивного лечения разных болезней ЖКТ, в этом числе и ПКПЖ. Впервые транслюминальное дренирование ПКПЖ через стенку желудка с помощью ЭУС было проведено в 1996 г. M.J. Wiersema et al. [13]. Эндо-УЗИ дает возможность установить локализацию бессосудистого участка стенки желудка с целью его пункции и дальнейшего рассечения, отчетливо визуализировать кисту, ее строение и расстояние между ней и желудком.

В последующем выполняется тонкоигольная пункция кисты, и в ее полость вставляется струна-проводник, с помощью которой вводится доставляющее устройство. Если есть рентгенологическое оборудование, то возможно введение рентген-контрастного вещества для выполнения цистографии. После этого, под визуальным эндоскопическим контролем в полость кисты вводится стент, и содержимое кисты удаляется в полость желудка [7, 13, 20].

Существуют разные методики создания соустья между полым органом и кистой без применения стентов. В этом случае выполняется гастротомия посредством электрокоагулятора. Однако в последние годы появились данные о малой эффективности его применения, что обусловлено с формированием стриктур цистогастроанастомоза. Помимо этого, стенты, имеющие маленький диаметр, могут быть обтурированы гноем, детритом и секвестрами. Большая часть исследователей настаивает на применении пластиковых стентов малого диаметра в случае, если киста имеет однородное содержимое.

К показаниям на установку металлических стентов относятся нечёткая граница стенки кисты, наличие секвестров, нагноение содержимого кисты, диаметр образования 6 см и более, расстояние между стенкой органа ЖКТ и кистой не более 1 см [10, 12]. На сегодняшний день существуют сведения об использовании местного отрицательного давления при инфицировании кисты, заключающегося в введении в полость кисты цистоназального вакуум-дренажа [13].

Помимо этого, при отсутствии безопасного доступа, толщина тканей между стенкой желудка и кистой, составляющая 1 см и более, способна серьезно ограничивать эффективность проведения транслюминального дренирования с ЭУС-наведением. Согласно различным исследованиям, дренирование кисты в этом случае допустимо в 95-100%, а частота осложнений, в особенности кровотечений, существенно меньше, нежели чем при проведении слепого дренирования [13]. Доля осложнений при эндоскопическом транслюминальном дренировании под ЭУС-наведением составляет: дислокация дренажа, его обтурация содержимым кисты – 21%, инфицирование кисты – 12%, рецидив – 12%, кровотечения – 0,5–1,5%, перфорация полого органа брюшной полости – 1% [1, 12, 19].

Анализ осложнений приведенного метода свидетельствует о его безопасности, малотравматичности, что существенно снижает летальность

и сокращает длительность периода стационарного лечения. В последнее время транслюминальное дренирование рекомендуется как терапия первой линии при неосложнённых кистах с возможностью эндоскопического доступа. Актуальным является и его использование с целью лечения осложнённых кист ПЖ.

Эндоскопические транспапиллярные вмешательства

Эндоскопические транспапиллярные вмешательства берут свое начало около 30 лет назад, когда впервые была предложена установка стентов в вирсунгов проток. Транспапиллярное стентирование считается многообещающим направлением в области интервенционной эндоскопии. Сегодня этот способ малоинвазивного вмешательства начинает приобретать все большее использование. Стент, вставленный в просвет поджелудочного протока, способен снижать давление внутри протоков, что в особенности немаловажно в случае наличия стриктур или отёка поджелудочной железы, сдавливающего систему протоков поджелудочной железы. Данный способ является весьма перспективным как при ПКПЖ, связанной с вирсунговым протоком, так и при внутрипротоковой гипертензии. Согласно сведениям множества публикации, результативность использования транспапиллярного стентирования при ПКПЖ достигает 72–92 % [13]. Бесспорным преимуществом абсолютно всех эндоскопических способов лечения ПКПЖ считается отсутствие такого осложнения, как наружный поджелудочный свищ. Но некоторые работы указывают на наличие такого серьезного осложнения как панкреонекроз, возникающего при использовании этого метода: согласно сведениям, международной литературы, он наблюдается в 3-4 % случаев [13].

Ещё одним перспективным течением в терапии ПКПЖ считается сочетание малоинвазивных вмешательств. Комбинированное использование транслюминального дренирования и транспапиллярного

стентирования дает возможность удалить содержимое из кисты в максимально короткие сроки и возобновить отток поджелудочного сока в двенадцатиперстную кишку, то что весьма важно при разгерметизации системы протоков ПЖ и при стриктурах вирсунгова протока. Существует возможность использования сочетания наружного и транслюминального дренирования в случае нагноения кист для их очищения и профилактики образования наружного поджелудочного свища. Это течение еще недостаточно исследовано, имеются только отдельные сведения об успешном совместном применении предложенных методов [13].

В лечении ПКПЖ остается немало актуальных проблем, требующих дальнейших изучений и исследований, в том числе высокая заболеваемость острым панкреатитом и отсутствие диагностической стратегии при ПКПЖ и точных показаниях к тем или иным методам хирургического вмешательства.

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИСТОЧНИКИ

1. Алиев С.А., Байрамов Н.Ю., Алиев Э.С. // Инфицированный панкреонекроз: состояние проблемы и альтернативные подходы к хирургическому лечению. Обзор литературы // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2015. – №1-2. – С. 75-83.
2. Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Рухляда Н.В., Смирнов А.Д. Хронический панкреатит: Руководство для врачей. – СПб: Питер, 2000. – 420 с.
3. Быкова Ю.Ф., Соловьев М.М., Фатюшина О.А., Руденко Т.О. Оценка методов оперативного лечения псевдокист поджелудочной железы // Сибирский медицинский журнал. – 2014. – № 1. – С. 53–57.
4. Винник Ю.С., Черданцев Д.В., Первова О.В. Повреждения поджелудочной железы, осложненные острым панкреатитом: принципы диагностики и лечения. – Красноярск, 2014. – 121 с.

5. Давыдкин В.И., Голубев А.Г., Казаков Р.Р., Вилков А.В., Миллер А.А., Малахова О.С. Наружное трансорганоанное дренирование постнекротических кист поджелудочной железы // Клиническая медицина. – 2014. – № 2 (30). – С. 48–67.
6. Козлова И.А., Вишеневский В.А., Чжао А.В. Хирургическое лечение осложненного хронического панкреатита // Высокотехнологическая медицина. – 2017. – Т. 4, №1. – С. 43-55.
7. Кокарева Е.А. Сравнительный анализ методов лучевой диагностики при псевдокистах поджелудочной железы // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т. 6, №5. – С. 641.
8. Курочкин Д.М., Гольцов В.Р., Савелло В.Е., Бакунов А.М. Возможности применения миниинвазивных вмешательств при лечении кист поджелудочной железы, осложненных перфорацией и разлитым ферментативным перитонитом // Анналы хирургической гепатологии. – 2015. – Т. 20, № 3. – С. 124–128.
9. Лубянский В.Г., Жариков А.Н., Арутюнян Г.А., Насонов В.В., Быков В.М., Устинов Д.Н., Алиев А.Р. // Современные подходы к хирургическому лечению панкреонекроза. – 2017. – №2 (6). – С. 43-52.
10. Лубянский В.Г., Насонов В.В. Эндоскопическое чрезжелудочное дренирование жидкостных скоплений и постнекротических кист при остром панкреатите // Анналы хирургической гепатологии. – 2015. – Т. 20, № 4. – С. 40–44.
11. Лубянский В.Г., Насонов В.В., Алиев А.Р., Жариков А.Н. Формирование постнекротических кист поджелудочной железы и вопросы хирургической тактики // Медицина и образование в Сибири. – 2014. – № 4. – С. 37.
12. Лубянский В.Г., Насонов В.В., Лепилов А.В., Яковлев В.А. Механизмы формирования постнекротических кист поджелудочной

- железы, сроки и методы эндоскопического чрезжелудочного дренирования // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. – 2017. – Т. 2, № 2 (114). – С. 28–33.
13. Носков И.Г. Методы лечения постнекротических кист поджелудочной железы: современный взгляд на проблему (обзор литературы) // Acta biomedica scientifica. – 2017. – Т. 2, №5-1 (117). – С. 155-162.
14. Первова О.В., Черданцев Д.В., Жегалов П.С., Носков И.Г. Первые результаты транслюминального дренирования псевдокист поджелудочной железы под ЭУС-наведением // Молодой ученый. – 2015. – № 11. – С. 703–708.
15. Ратчик В.М., Шевелев В.В., Орловский Д.В. Кисты поджелудочной железы: современные представления о патогенезе, диагностике и лечебно-диагностической тактике // Гастроэнтерология. – 2014. – Т. 53, № 3. – С. 43–50.
16. Рейс А.Б., Морозов С.В., Полуэктов В.Л. Хирургическое лечение больных с постнекротическими осложнениями поджелудочной железы // Омский научный вестник. – 2015. – №2 (144). – С. 62-65.
17. След Н.Ю., Черданцев Д.В., Попов А.Е. Отдаленные результаты хирургического лечения хронического кистозного панкреатита // Сибирское медицинское обозрение. – 2015. – № 4 (94). – С. 42–46.
18. Стяжкина С.Н., Акимов А.А., Протопопов В.А. и др. Смертность от острого панкреатита в Удмуртской республике за период 2012-2015 года // Журнал научных статей здоровья и образования в XXI веке. – 2017. – Т. 19 – №9 – С. 119-121.
19. Черданцев Д.В., Первова О.В., Жегалов П.С., Носков И.Г., Курбанов Д.Ш. Возможности транслюминального дренирования постнекротических кист поджелудочной железы под ЭУС-

наведением // Современные проблемы науки и образования. – 2016.
– № 5.

20. Шкляев А.Е., Горбунов Ю.В., Корепанов А.М. и др. Инновационные технологии восстановительной медицины: теоретические основы и практическая реализация в Удмуртской республике // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2016. – №3. – С. 115-118.