

ISSN 1995-5464 (Print); ISSN 2408-9524 (Online)

<https://doi.org/10.16931/1995-5464.2024-2-99-104>

Новый способ хирургического лечения при кистах головки поджелудочной железы

*Савин Д.В.^{1,3}, Демин Д.Б.^{1,4}, Железнов Л.М.²*¹ ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ; 460000, Оренбург, ул. Советская, д. 6, Российская Федерация² ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ; 610027, Киров, ул. К. Маркса, д. 112, Российская Федерация³ ГАУЗ «Городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова»; 460048, Оренбург, пр. Победы, д. 140в, Российская Федерация⁴ ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница им. В.И. Войнова»; 460024, Оренбург, ул. Аксакова, д. 23, Российская Федерация

Цель. Оценка клинической эффективности нового способа дренирования кист головки поджелудочной железы. **Материал и методы.** Проведен анализ результатов лечения 3 пациентов с кистами головки поджелудочной железы новым способом. У всех пациентов кисты развились на фоне рецидивирующего течения панкреатита, этиология панкреатита была алиментарной. Все кисты располагались в головке поджелудочной железы, преимущественно по задней ее поверхности, сообщались с протоковой системой. **Результаты.** Интра- и послеоперационных осложнений не отмечено. Пациентов выписали на 8–12-е сутки после операции. Во всех наблюдениях получены хорошие результаты: болевой синдром отсутствовал, нормализовались психологический статус и прием пищи. Повышения α -амилазы в моче и плазме крови не отмечено. Рецидива кист, госпитализаций по поводу острого панкреатита не было. **Заключение.** Разработанный способ лечения кист головки поджелудочной железы, сообщающихся с протоковой системой, является физиологичным, малотравматичным и может быть использован в хирургической практике.

Ключевые слова: киста поджелудочной железы; панкреатит; дренирование кисты; стентирование; хирургическое лечение

Ссылка для цитирования: Савин Д.В., Демин Д.Б., Железнов Л.М. Новый способ хирургического лечения при кистах головки поджелудочной железы. *Анналы хирургической гепатологии*. 2024; 29 (2): 99–104. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2024-2-99-104>

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

New method for surgical treatment of pancreatic head cysts

*Savin D.V.^{1,3}, Demin D.B.^{1,4}, Zheleznov L.M.²*¹ Orenburg State Medical University; 6, Sovetskaya str., Orenburg, 460000, Russian Federation² Kirov State Medical University, 112, K. Marx str., Kirov, 610027, Russian Federation³ City Clinical Hospital named after N.I. Pirogov; 140V, Pobedy Ave., Orenburg, 460048, Russian Federation⁴ Orenburg Regional Clinical Hospital named after V.I. Voynov; 23, Aksakov str., Orenburg, 460024, Russian Federation

Aim. To evaluate the clinical efficacy of a new method for drainage of pancreatic head cysts.

Materials and methods. The results of treatment of 3 patients with pancreatic head cysts were analyzed in a new way. In all patients, cysts developed against the background of recurrent pancreatitis; the etiology of pancreatitis was alimentary. All cysts were located in the pancreatic head, mainly on its posterior surface, communicating with the ductal system.

Results. No intra- and postoperative complications were revealed. Patients were discharged from hospital on the 8–12th day after surgery. In all observations, good results were obtained: no pain syndrome reported; psychological status and food intake normalized. α -amylase in urine and plasma has not increased. No recurrence of cysts and no hospitalizations for acute pancreatitis were reported.

Conclusion. The developed method for treating pancreatic head cysts communicating with the ductal system proved to be physiological, low-traumatic and can be used in surgical practice.

Keywords: *pancreatic cyst; pancreatitis; cyst drainage; stenting; surgical treatment*

For citation: Savin D.V., Demin D.B., Zheleznov L.M. New method for surgical treatment of pancreatic head cysts. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB surgery*. 2024; 29 (2): 99–104. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2024-2-99-104> (In Russian)

The authors declare no conflict of interest.

В связи с ростом числа больных острым панкреатитом возрастает и число осложнений острого панкреатита и в дальнейшем хронического. Одним из наиболее частых осложнений является развитие постнекротических кист поджелудочной железы (ПЖ), которые в ряде ситуаций требуют активной хирургической тактики и хирургической коррекции [1–3]. В зависимости от локализации выделяют кисты головки, тела и хвоста ПЖ. Находясь в тесной взаимосвязи с двенадцатиперстной кишкой (ДПК), панкреатической частью общего желчного протока (ОЖП), нервными сплетениями, кисты головки ПЖ проявляются наиболее активно.

Подходы к хирургическому лечению при кистах ПЖ кардинально отличаются друг от друга [4–6]. Наиболее радикальными и в то же время наиболее травматичными являются методы, основанные на резекции головки ПЖ с кистой, цистэктомия. К ним можно отнести панкреатодуоденальную резекцию, операцию Фрея [7–9]. Широкое распространение получили методы внутреннего дренирования кист ПЖ [2, 6]. Суть этих методов заключается в формировании соустья кисты с желудком, ДПК или тощей кишкой. Основным преимуществом является их физиологичность. Сок ПЖ участвует в пищеварении, операции менее травматичны по сравнению с резекционными вариантами, технически более просты.

С развитием и широким внедрением в хирургию мини-инвазивных и эндоскопических методов появились способы мини-инвазивного наружного и внутреннего дренирования кист ПЖ [10, 11]. Их основным преимуществом является выполнение под местной анестезией под контролем УЗИ или ЭГДС. При этом через прокол передней брюшной стенки в полость кисты вводят дренаж, через который киста опорожняется, что позволяет устранить протоковую гипертензию. К недостаткам этих методов можно отнести большой риск повреждения внутренних органов и кровеносных сосудов, кровотечение в полость кисты, кровотечение в брюшную полость. Являясь инородным телом, связанным с внешней средой, дренаж имеет риск развития инфекции.

Известно, что внутреннее дренирование кисты является наиболее физиологичным и наиболее предпочтительным методом устранения протоковой гипертензии [6, 8, 12]. При внутреннем дренировании сохраняется участие сока ПЖ в пищеварении, удается стойко устранить боле-

вой синдром, предотвратить ряд осложнений, таких как формирование наружных панкреатических свищей, раздражение кожного покрова в области анастомоза. К наиболее физиологичному способу лечения кист ПЖ приближается формирование цистодуоденоанастомоза, при котором сок ПЖ поступает в ДПК [12, 13]. Считаем, что у этих методов есть общие недостатки. Они неприменимы при отсутствии прилегания стенки кисты к медиальной стенке ПЖ ввиду интерпозиции ткани ПЖ и слабой выраженности капсулы кисты.

Наибольшие трудности в лечении кист головки ПЖ связаны с локализацией их в головке ПЖ, особенно с преимущественно задним расположением и связанными с протоковой системой. Исходя из собственного опыта, пришли к разработке нового способа внутреннего дренирования кист головки ПЖ. Способ должен обеспечивать физиологическое поступление сока ПЖ в ДПК, быть малотравматичным и обеспечивать профилактику рецидива кисты. Такой способ был разработан. Суть его заключается в трансдуоденальном внутреннем дренировании кисты головки ПЖ. Проводят дренирование с одномоментной установкой каркасного стента в создаваемое соустье из просвета ДПК в полость кисты. Это обеспечивает длительный и адекватный отток содержимого кисты в ДПК. При этом имеется возможность индивидуального подбора перфорированного каркасного стента по диаметру и длине в зависимости от размера ПЖ, размера и локализации самой кисты. При этом отсутствует необходимость формирования гастростомы или выведения дренажа наружу. На предложенный способ выдан патент на изобретение № 2792254 от 21.03.2023.

Практически способ осуществляют следующим образом. До операции применяют УЗИ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, МСКТ с контрастным усилением для уточнения локализации и размеров кисты ПЖ, наличия перегородок, синтопии с ДПК, верхними брыжеечными и панкреатодуоденальными сосудами. Выполняют верхнесрединную лапаротомию, ревизию. По результатам дооперационного обследования и ревизии с уточнением размеров ПЖ, кисты и глубины ее расположения из полихлорвиниловой трубки изготавливают каркасный перфорированный стент необходимого диаметра и длины. Следует учитывать, что стент должен на 1,5 см выступать в просвет ДПК и на

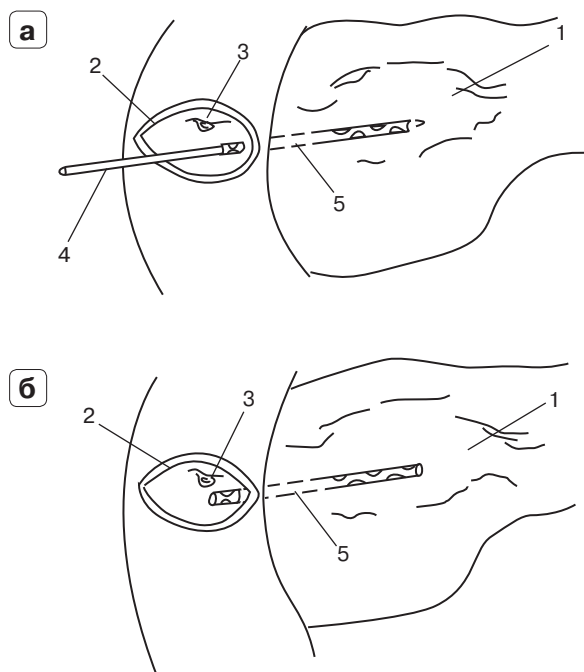


Рис. 1. Схема дренирования кисты ПЖ: **а** — введение стента на стилете; **б** — стент установлен. 1 — киста ПЖ; 2 — дуоденотомия; 3 — БСДПК; 4 — стилет; 5 — перфорированный стент.

Fig. 1. Pancreatic cyst drainage scheme: **a** — stent insertion with a stylet; **b** — stent is inserted. 1 — pancreatic cyst; 2 — duodenotomy; 3 — major duodenal papilla; 4 — stylet; 5 — perforated stent.

этом участке иметь 2 “зеркальных” отверстия. Это необходимо для предотвращения закупорки стента пищевыми массами и для извлечения стента. Указанная длина выступающего в ДПК сегмента стента препятствует нежелательной его миграции в тонкую кишку. Стент надевают на стилет, край которого конически сужен, но не заострен. При необходимости выполняют интраоперационное УЗИ. Выполняют поперечную дуоденотомию в нисходящем отделе (рис. 1), обнаруживают большой сосочек ДПК (БСДПК). По наиболее короткой и безопасной траектории, в направлении кисты ПЖ вкручивающими движениями стилет с надетым на него каркасным стентом проводят в полость кисты. При необходимости для контроля положения дренажа стилет извлекают. Выделение по дренажу содержимого кисты или панкреатического сока свидетельствует о правильности установки дренажа. Для контроля выполняют интраоперационное УЗИ. Стиллет извлекают. В ДПК выступает 1,5 см стента с 2 зеркальными отверстиями. Дуоденотомическое отверстие и брюшную полость ушивают наглухо.

Основной особенностью метода является то, что стент устанавливают одномоментно. Подшивание каркасного дренажа к ДПК не тре-

буется. Тупое раздвигание тканей ПЖ стилетом препятствует ее травме, а также повреждению кровеносных сосудов и капилляров. Каркасный стент дополнительно выполняет гемостатическую функцию. Отсутствует необходимость наружного выведения дренажей, формирования межорганных анастомозов и швов на стенку ДПК, прилежащую к головке и ткани ПЖ.

На 2-е сутки после операции пациентам разрешали пить, с 3–4-х суток — питаться в рамках щадящей диеты. УЗИ, ЭГДС выполняли через 1, 6 и 12 мес после операции. Стент в 1 наблюдении был удален через 6 мес, в 2 наблюдениях — через 12 мес. Приводим клиническое наблюдение.

Пациент 30 лет госпитализирован феврале 2020 г. с жалобами на опоясывающую боль в верхних отделах живота, потерю массы тела, плохой аппетит. На протяжении последних 2 лет эпизоды обострения хронического панкреатита. Болевой синдром хронический. За это время 9 раз проходил стационарное лечение в нескольких клиниках. Развилась боязнь приема пищи, прогрессивно худел. Уволился с работы в связи с необходимостью часто оформлять лист нетрудоспособности. При госпитализации общее состояние средней тяжести. Температура тела нормальная. Пониженного питания. Пульс 71 в минуту, АД 120 и 70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен. Живот не вздут. Передняя брюшная стенка мягкая, болезненная в эпигастрии, там же пальпируется плотный болезненный инфильтрат до 7 см. В общем анализе крови патологических отклонений не выявлено; α -амилаза в плазме крови 100 МЕ/л, в моче — 468 МЕ/л. Выполнено УЗИ. ПЖ диффузно неоднородная, крупнозернистая, проток ПЖ расширен до 7 мм. В проекции головки анэхогенное образование 59 × 42 мм, стенка до 4 мм. Образование не прилегает к медиальной стенке ДПК. Выполнена МСКТ. В области головки по задней поверхности ПЖ объемное образование жидкостной плотности с четкими ровными контурами 42 × 33 × 31 мм (рис. 2). На уровне тела и хвоста ПЖ проток расширен до 6 мм, резко обрывается на уровне описанного образования в головке. Диагностирован хронический панкреатит, рецидивирующее течение с нарушением внешнесекреторной функции; киста головки ПЖ, сообщающаяся с протоком. 17.02.2020 пациент оперирован. Выполнена верхнесрединная лапаротомия. При ревизии выпота, признаков стеатонекроза в брюшной полости нет. Печень в размерах не увеличена, край заострен, поверхность гладкая. Пересечена желудочно-ободочная связка, вскрыта сальниковая сумка. ПЖ плотная, тело и хвост обычной окраски, дольчатость сохранена. Головка ПЖ плотная, увеличена до 60 × 40 мм. На передней поверхности объемных образований нет. ДПК мобилизована по Кохеру. По задней поверхности головки ПЖ обнаружено кистозное образование. По передней стенке нисходящей ветви ДПК выполнена поперечная дуоденотомия. В просвете светлая

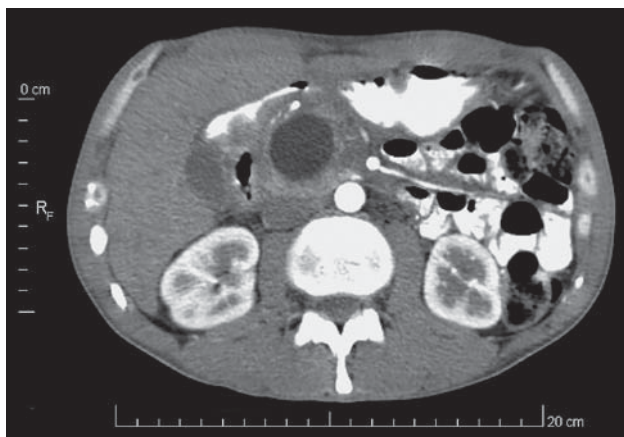


Рис. 2. Компьютерная томограмма. Киста головки ПЖ.
Fig. 2. CT scan. Pancreatic head cyst.

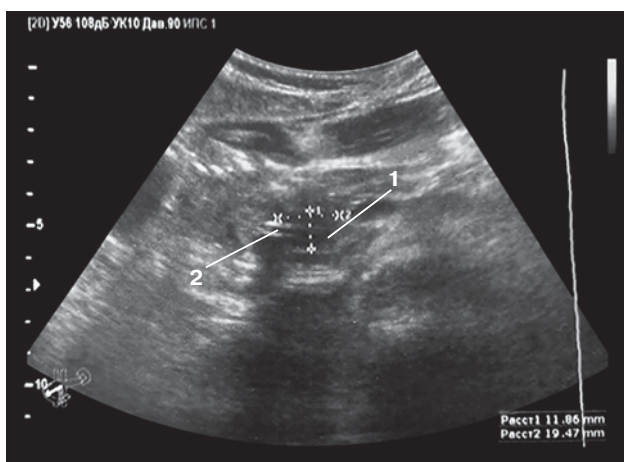


Рис. 3. Ультразвуковая сканограмма. Контрольное исследование через 6 мес после стентирования. 1 — остаточная полость кисты; 2 — сегмент стента в остаточной полости.
Fig. 3. Ultrasound scan. Check-up examination 6 months after stenting. 1 — residual cyst cavity; 2 — stent segment in the residual cavity.

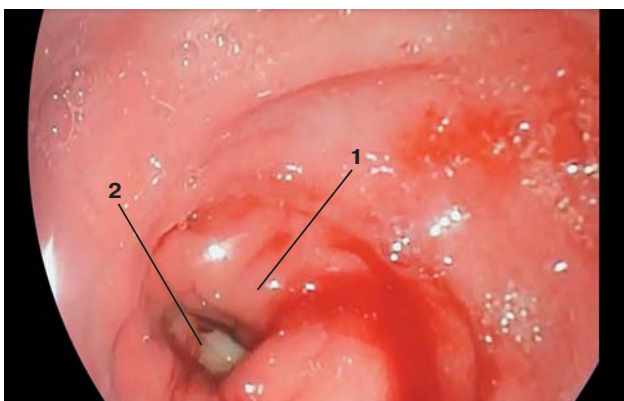


Рис. 4. Эндофото. Сегмент стента с зеркальными отверстиями. 1 — просвет ДПК; 2 — стент.
Fig. 4. Endoscopic image. Stent segment with contralateral apertures. 1 — duodenal lumen; 2 — stent.

желчь. Найдено БСДПК. С учетом данных МСКТ выбран дренаж 4,7 мм (14 Fr) и длиной 6 см. Через медиальную стенку нисходящей ветви ДПК стилет с надежным на него стентом проведен в заднемедиальном направлении в кисту ПЖ. Стиллет удален, отмечено поступление светлого панкреатического сока. Киста опорожнилась и уменьшилась. В ДПК оставлено 1,5 см стента с двумя зеркальными отверстиями. Дуоденотомическое отверстие ушито Викрилом, второй ряд швов — капрон. К зоне дуоденотомии подведена дренажная трубка. Срединная рана послойно ушита. Длительность операции — 100 мин, кровопотеря — 60 мл. В послеоперационном периоде отделяемого по дренажу не было, его удалили на 3-и сутки. Перистальтика кишечника восстановилась на 2-е сутки. С 3-х суток разрешено пить воду, с 4-х суток — питаться в рамках щадящей диеты. Выписан в удовлетворительном состоянии на 8-е сутки. При выписке болевой синдром не беспокоил, α -амилаза в плазме крови и моче — в пределах допустимых значений. Осмотрен через 6 мес. Жалоб не предъявлял. При УЗИ образование в головке ПЖ 21 × 20 мм с внутренним дренажом (рис. 3). Проток ПЖ не расширен. Лабораторные показатели без патологических отклонений. Контрольный осмотр через 6 мес — состояние удовлетворительное, жалоб нет. Прибавка массы тела — 8 кг. Устроился на работу. При УЗИ киста в головке ПЖ 19 × 17 мм. Выполнена ЭГДС, в ДПК выявлен сегмент дренажа с зеркальными отверстиями, из него порциями поступал панкреатический сок (рис. 4). Дренаж удален. Осложнений не было.

Способ применили 3 пациентам — 2 мужчинам и 1 женщине, продолжительность заболевания у них варьировала от 1,5 до 3 лет, в течение которых они неоднократно проходили курсы стационарного лечения. Во всех наблюдениях получен хороший результат — клиническое выздоровление. В течение 6–36 мес наблюдения рецидива кисты ПЖ у этих пациентов не выявили, болевой синдром отсутствовал, нормализовались психологический статус и прием пищи. Таким образом, разработанный способ лечения кист головки ПЖ, сообщающихся с протоковой системой, является физиологичным, обеспечивающим поступление сока ПЖ в ДПК, малотравматичным и может быть использован в хирургической практике.

Участие авторов

Савин Д.В. — написание текста, редактирование, ответственность за целостность всех частей статьи.

Демин Д.Б. — концепция и дизайн исследования, редактирование, утверждение окончательного варианта статьи.

Железнов Л.М. — концепция и дизайн исследования, редактирование.

Autors contributions

Savin D.V. — writing text, editing, responsibility for the integrity of all parts of the article.

Demin D.B. — concept and design of the study, editing, approval of the final version of the article.

Zheleznov L.M. — concept and design of the study, editing.

Список литературы

1. Рейс А.Б., Морозов С.В., Полуэктов В.Л., Долгих В.Т. Хирургическое лечение больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы. Медицина в Кузбассе. 2015; 14 (2): 48–52.
2. Неледова Л.А., Мизгирев Д.В., Дуберман Б.Л. Выбор способа мини-инвазивного лечения панкреатических псевдокист: одноцентровое ретроспективное исследование. Казанский медицинский журнал. 2018; 99 (6): 1016–1021. <https://doi.org/10.17816/KMJ2018-1016>
3. Andrén-Sandberg A., Dervenis C. Pancreatic pseudocysts in the 21st century. Part I: classification, pathophysiology, anatomic considerations and treatment. *JOP*. 2004; 5 (1): 8–24.
4. Bergman S., Melvin W.S. Operative and nonoperative management of pancreatic pseudocysts. *Surg. Clin. North Am.* 2007; 87 (6): 1447–1460. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2007.09.003>
5. Нартайлаков М.А., Пешков Н.В., Мурманский Н.А., Салимгареев И.З., Галимов И.И., Баязитова Г.Р. Хирургическое лечение хронического панкреатита и кист поджелудочной железы. Казанский медицинский журнал. 2007; 88 (5): 472–476.
6. Воробей А.В., Шулейко А.Ч., Вижинис Е.И., Орловский Ю.Н. Есть ли будущее у дренирующих операций при хроническом панкреатите? Систематический критический обзор литературы. Анналы хирургической гепатологии. 2016; 21 (4): 70–83. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2016470-83>
7. Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Рухляда Н.В., Смирнов А.Д. Хронический панкреатит: Руководство для врачей. СПб.: Питер, 2000. 420 с.
8. Кригер А.Г. Хирургическая панкреатология. М.: РИА “Внешторгиздат”, 2021. 332 с.
9. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. 512 с.
10. Ившин В.Г. Оригинальные методики чрескожных инвазивных вмешательств на органах брюшной полости. Тула: Аквариус, 2016. 146 с.
11. Парфенов И.П., Бедин В.В., Коржева И.Ю., Шабунин А.В., Комиссаров Д.Ю., Венгеров В.Ю. Малотравматичные способы лечения хронического панкреатита, осложненного изолированными псевдокистами поджелудочной железы. Московский хирургический журнал. 2018; 5 (63): 45–50. <https://doi.org/10.17238/issn2072-3180.2018.5.45-50>
12. След О.Н., Мерзликин Н.В., След Н.Ю., Попов А.Е., Менделеева Л.Я., Космаченко С.П., Тумаков И.О. Хирургическое лечение хронического кистозного панкреатита. Бюллетень сибирской медицины. 2016; 15 (2): 85–97. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2016-2-85-97>
13. Шабунин А.В., Бедин В.В., Коржева И.Ю., Комиссаров Д.Ю., Венгеров В.Ю. Современные подходы к

лечению больных хроническим панкреатитом, осложненным псевдокистами поджелудочной железы. Анналы хирургической гепатологии. 2017; 22 (4): 31–38. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2017431-38>

References

1. Reys A.B., Morozov S.V., Poluektov V.L., Dolgikh V.T. Surgical treatment of patients with post-necrotic pancreatic cysts. *Medicine in Kuzbass*. 2015; 14 (2): 48–52. (In Russian)
2. Neledova L.A., Mizgirev D.V., Duberman B.L. Choice of minimally invasive method of treatment of pancreatic pseudocysts: a single center, retrospective study. *Kazan Medical Journal*. 2018; 99 (6): 1016–1021. <https://doi.org/10.17816/KMJ2018-1016> (In Russian)
3. Andrén-Sandberg A., Dervenis C. Pancreatic pseudocysts in the 21st century. Part I: classification, pathophysiology, anatomic considerations and treatment. *JOP*. 2004; 5 (1): 8–24.
4. Bergman S., Melvin W.S. Operative and nonoperative management of pancreatic pseudocysts. *Surg. Clin. North Am.* 2007; 87 (6): 1447–1460. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2007.09.003>
5. Nartajakov M.A., Peshkov N.V., Murmanskiy N.A., Salimgareev I.Z., Galimov I.I., Bayazitova G.R. Surgical treatment of chronic pancreatitis and pancreatic cysts. *Kazan Medical Journal*. 2007; 88 (5): 472–476. (In Russian)
6. Vorobej A.V., Shulejko A.Ch., Vizhinis E.I., Orlovskiy Yu.N. Will we use drainage operations for chronic pancreatitis in the future? (Systematic review). *Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB Surgery*. 2016; 21 (4): 70–83. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2016470-83> (In Russian)
7. Bagnenko S.F., Kurygin A.A., Ruhlyada N.V., Smirnov A.D. *Khronicheskij pankreatit: Rukovodstvo dlya vrachej* [Chronic Pancreatitis. A Guide for Doctors]. St. Petersburg: Piter, 2000. 420 p. (In Russian)
8. Kriger A.G. *Khirurgicheskaya pankreatologiya* [Surgical Pancreatotomy]. Moscow: RIA “Vneshtorgizdat”, 2021. 332 p. (In Russian)
9. Danilov M.V., Fedorov V.D. *Khirurgiya podzheledochnoj zhelezy: Rukovodstvo dlya vrachej* [Pancreatic Surgery: A Guide for Doctors]. Moscow: Medicine, 1995. 512 p. (In Russian)
10. Ivshin V.G. *Original'nye metodiki chreskoznyh invazivnyh vmeshatel'stv na organah bryushnoj polosti* [Original Techniques of Percutaneous Invasive Interventions on Abdominal Cavity Organs]. Tula: Aquarius, 2016. 146 p. (In Russian)
11. Parfenov I.P., Bedin V.V., Korzheva I.Yu., Shabunin A.V., Komissarov D.Yu., Vengerov V.Yu. Low-trauma treatment of chronic pancreatitis complicated by isolated pseudocysts of the pancreas. *Moscow Surgical Journal*. 2018; 5 (63): 45–50. <https://doi.org/10.17238/issn2072-3180.2018.5.45-50> (In Russian)
12. Sled O.N., Merzlikin N.V., Sled N.Yu., Popov A.E., Mendeleeva L.Ya., Kosmachenko S.P., Tumakov I.O. Surgical treatment of chronic cystic pancreatitis. *Bulletin of Siberian medicine*. 2016; 15 (2): 85–97. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2016-2-85-97> (In Russian)
13. Shabunin A.V., Bedin V.V., Korzheva I.Yu., Komissarov D.Yu., Vengerov V.Yu. Modern approaches to the treatment of chronic pancreatitis complicated by pancreatic pseudocysts. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB Surgery*. 2017; 22 (4): 31–38. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2017431-38> (In Russian)

Сведения об авторах [Authors info]

Савин Дмитрий Владимирович — канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, заместитель главного врача по хирургии ГАУЗ “Городская клиническая больница им. Н.И. Пирогова”. <https://orcid.org/0000-0003-4990-8143>. E-mail: sad1505@yandex.ru

Демин Дмитрий Борисович — доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, заместитель главного врача по хирургии ГАУЗ “Оренбургская областная клиническая больница им. В.И. Войнова”. <https://orcid.org/0000-0002-9172-3081>. E-mail: demindb@yandex.ru

Железнов Лев Михайлович — доктор мед. наук, профессор, профессор кафедры анатомии человека, ректор ФГБОУ ВО “Кировский государственный медицинский университет” Минздрава России. <https://orcid.org/0000-0001-8195-0996>. E-mail: lmz-a@mail.ru

Для корреспонденции *: Савин Дмитрий Владимирович — e-mail: sad1505@yandex.ru

Dmitriy V. Savin — Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Faculty Surgery, Orenburg State Medical University; Deputy Chief Physician for Surgery of the Pirogov City Clinical Hospital. <https://orcid.org/0000-0003-4990-8143>. E-mail: sad1505@yandex.ru

Dmitriy B. Demin — Doct. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Faculty Surgery, Orenburg State Medical University; Deputy Chief Physician for Surgery of the Orenburg Regional Clinical Hospital named after V.I. Voynov. <https://orcid.org/0000-0002-9172-3081>. E-mail: demindb@yandex.ru

Lev M. Zheleznov — Doct. of Sci. (Med.), Professor, Professor, Department of Human Anatomy, Rector of the Kirov State Medical University. <https://orcid.org/0000-0001-8195-0996>. E-mail: lmz-a@mail.ru

For correspondence *: Dmitriy V. Savin — e-mail: sad1505@yandex.ru

Статья поступила в редакцию журнала 9.06.2023.
Received 9 June 2023.

Принята к публикации 16.04.2024.
Accepted for publication 16 April 2024.

Комментарий редколлегии

Лечению псевдокист поджелудочной железы посвящено множество исследований и литературных источников. Помимо различных вариантов традиционного оперативного вмешательства, в последние годы стали доминировать минимально инвазивные технологии. В частности, наиболее полную характеристику топографии кисты, сформированности ее стенок, содержимого и взаимосвязи ее с двенадцатиперстной кишкой обеспечивает эндо-УЗИ. При такой навигации возможно наиболее безопасно трансгастрально или трансдуоденально вскрыть просвет кисты и дренировать ее стентом.

Предложенный авторами способ не противоречит принципам лечения кист и может быть применен в отдельных клинических ситуациях. Но нужно принимать во внимание, что наиболее частым осложнением внутреннего дренирования псевдокист является кровотечение. В условиях ранее выполненной дуоденотомии остановка кровотечения эндоскопическим или оперативным путем может оказаться сложным и рискованным мероприятием. Кроме того, любой метод установки стента 4–5 мм в отдельных ситуациях чреват облитерацией соустья после удаления или миграции устройства и рецидивом кисты.