

Первый опыт эндоскопического лечения кистозных образований поджелудочной железы доброкачественного генеза

© К.м.н. Ю.С. ТЕТЕРИН, д.м.н., проф. П.А. ЯРЦЕВ, Ю.Д. КУЛИКОВ, Н.В. ШАВРИНА

ГБУЗ Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

В статье представлен первый опыт применения эндоскопического метода лечения 23 пациентов с кистозными образованиями поджелудочной железы доброкачественного генеза.

Цель исследования — оценить результаты эндоскопического цистогастро- и цистодуоденального стентирования при кистозных образованиях поджелудочной железы доброкачественного генеза.

Материал и методы. Пролечены 23 пациента с острым панкреатитом и псевдокистой поджелудочной железы. Всем пациентам при поступлении выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ), результаты которого позволили выявить кистозные образования поджелудочной железы, что явилось показанием к наложению цистогастроанастомоза. Пациентам в зависимости от расположения псевдокисты поджелудочной железы через желудок или двенадцатиперстную кишку в полость кисты вводили цистотом и выполняли аспирацию содержимого, после чего под рентгенологическим контролем производили контрастирование с целью определения ее точных размеров и герметичности, наличия связи с внутрипротоковой системой поджелудочной железы. Затем устанавливали пластиковый или металлический стент и проводили визуальный осмотр. Сразу после манипуляции выполняли рентгенографию органов брюшной полости с целью установления наличия или отсутствия свободного газа. После наложения цистогастроанастомоза на 2-е и 7-е сутки после операции проводили контроль с применением эндоскопической ультрасонографии для оценки адекватности дренирования псевдокисты. При неадекватном дренировании выполняли цистоназальное дренирование с использованием назобилиарного дренажа и последующей ежедневной санацией кисты.

Результаты. Применение эндоскопического метода дренирования псевдокист под контролем эндоскопической ультрасонографии позволило достигнуть полного регресса полости кисты у 81,8% пациентов и уменьшения полости кисты более чем в 2 раза — у 18,2%.

Выводы. Доказана высокая эффективность эндоскопического метода дренирования псевдокист под контролем эндоскопической ультрасонографии. Данный метод отличается малоинвазивностью, минимальным риском развития послеоперационных осложнений и летальности, коротким послеоперационным периодом по сравнению с оперативными вмешательствами, выполняемыми с применением лапаротомного или лапароскопического доступов.

Ключевые слова: псевдокиста поджелудочной железы, острый панкреатит, цистогастроанастомоз, цистоназальное дренирование.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Тетерин Ю.С. — <https://orcid.org/0000-0003-2222-3152>

Ярцев П.А. — <https://orcid.org/0000-0003-1270-5414>

Куликов Ю.Д. — <https://orcid.org/0000-0002-3165-8580>, e-mail: adck@icloud.com;

Шаврина Н.В. — <https://orcid.org/0000-0002-3766-4674>

Автор, ответственный за переписку: Куликов Ю.Д. — e-mail: adck@icloud.com

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Тетерин Ю.С., Ярцев П.А., Куликов Ю.Д., Шаврина Н.В. Первый опыт эндоскопического лечения кистозных образований поджелудочной железы доброкачественного генеза. *Доказательная гастроэнтерология*. 2019;8(2):20-26. <https://doi.org/10.17116/dokgastro201980212020>

Initial experience of the endoscopic treatment of the benign pancreatic cystic lesions

© YU.S. TETERIN, P.A. YARTSEV, YU.D. KULIKOV, N.V. SHAVRINA

Sklifosovsky Research Institute for Emergency Care of Moscow Department of Health, Moscow, Russia

ABSTRACT

Objective — to evaluate the results of endoscopic cystogastrostomy and cystoduodenostomy for benign pancreatic cystic lesions.

Material and methods. There were 23 patients with acute pancreatitis and pancreatic pseudocyst. All patients underwent an ultrasound at admission to diagnose pancreatic cysts. This disease was an indication for cystogastrostomy. Cystotome was inserted into the cystic cavity through the stomach or duodenum depending on localization of pancreatic pseudocyst. Aspiration of contents was followed by X-ray contrast-enhanced examination of cyst in order to determine its dimensions and impermeability, communication with pancreatic ducts. Plastic or metal stent was then installed and a visual assessment was performed. Abdominal X-ray examination was performed immediately after stenting to establish the presence or absence of free gas. Endoscopic ultrasound was made in 2 and 7 days after cystogastrostomy to assess drainage of the pseudocyst. Inadequate drainage was cured with cystonasal drainage using nasobiliary drainage tube and subsequent daily sanitation of the cyst.

Results. Endoscopic drainage of pseudocyst under endoscopic ultrasonic control was followed by complete regression of cystic cavity in 81.8% of patients and more than 2-fold decrease of its volume in 18.2% of cases.

Conclusion. High efficiency of endoscopic drainage of pseudocyst under endoscopic ultrasonic control was proven. This method is characterized by minimal invasiveness, trivial risk of postoperative complications and mortality, and short postoperative hospital-stay compared with laparotomy or laparoscopic procedures.

Keywords: pancreatic pseudocyst, acute pancreatitis, cystogastrostomy, cystonasal drainage.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Teterin Yu.S. — <https://orcid.org/0000-0003-2222-3152>

Yartsev P.A. — <https://orcid.org/0000-0003-1270-5414>

Kulikov Yu.D. — <https://orcid.org/0000-0002-3165-8580>, e-mail: adck@icloud.com

Shavrina N.V. — <https://orcid.org/0000-0002-3766-4674>

Corresponding author: Kulikov Yu.D. — e-mail: adck@icloud.com

TO CITE THIS ARTICLE:

Teterin YuS, Yartsev PA, Kulikov YuD, Shavrina NV. Initial experience of the endoscopic treatment of the benign pancreatic cystic lesions. *Russian Journal of Evidence-based Gastroenterology = Dokazatel'naya gastroenterologiya*. 2019;8(2):20-26. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/dokgastro2019802120>

В структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит (ОП) занимает 3-е место, составляя от 4,5 до 10% [1–7]. Отмечено, что заболеваемость ОП не имеет тенденции к снижению, а летальность с 1990 по 2015 г. возросла на 62% [8].

Деструктивные формы ОП в ранние сроки осложняются парапанкреатическим инфильтратом или абсцессом, перитонитом или флегмоной забрюшинной клетчатки. К поздним осложнениям относятся псевдокисты (ПК), частота выявления которых составляет от 0,1 до 1 случая на 100 000 взрослого населения в год [9, 10]. У мужчин в 57–84% случаев развитие ОП с исходом в ПК поджелудочной железы (ПЖ) связано со злоупотреблением алкоголем [11]. У женщин наиболее частым этиологическим фактором является желчнокаменная болезнь, которая встречается в 31–65% случаев [12]. На 2-м месте по частоте образования кист как у мужчин, так и у женщин находится травматический панкреатит, при котором псевдокисты формируются в 10–20% случаев [13].

Остается актуальной проблема выбора срока, объема и вида оперативного вмешательства. Приоритетные параметры для решения о хирургическом лечении следующие: 1) локализация и размеры ПК; 2) «зрелость» стенок ПК; 3) взаимосвязь с протоковой системой ПЖ [14–16]. На сегодняшний день широко используются различные варианты резекционных и дренирующих операций с лапаротомным или лапароскопическим доступом [15, 16]. При этом длительность стационарного лечения достигает 28 дней. В 15–29% наблюдений оперативное лечение сопровождается осложнениями, летальность достигает 17% [17–19].

Впервые эндоскопическое чрезжелудочное дренирование ПК с аспирацией содержимого выполне-

но в 1975 г. Эта операция заключалась в опорожнении кисты в просвет желудка. Попадание желудочного сока привело к инфицированию и нагноению ПК, а также к быстрой облитерации цистогastroанастомоза [16]. Это послужило поводом к разработке метода цистоназального дренирования ПК с аспирацией содержимого и ее санацией [20]. Наиболее перспективным методом является формирование эндоскопического цистогastroанастомоза с использованием синтетических стентов, предотвращающих быструю облитерацию соустья [21–23].

Цель исследования — оценить результаты эндоскопического цистогastro- и цистодуоденального стентирования при кистозных образованиях поджелудочной железы доброкачественного генеза.

Материал и методы

С ноября 2011 г. по декабрь 2018 г. в Научно-исследовательском институте скорой помощи им. Н.В. Склифосовского пролечены 23 пациента (20 (87%) мужчин и 3 (13%) женщины, средний возраст составил 52 года (39; 59 лет)) с ОП и развитием ПК ПЖ. Выполнено эндоскопическое дренирование ПК.

Диагноз ПК ПЖ установлен на основании анамнеза и трансабдоминального ультразвукового исследования (УЗИ), эндоскопической ультрасонографии (ЭУС) и компьютерной томографии (КТ). Для оценки сроков образования ПК использовали классификацию J. Howard и J. Jordar (1960), модифицированную J. Berk и W. Haubrich (1965), согласно которой все ПК делятся на острые — до 90 сут, подострые — от 91 до 180 сут и хронические — более 181 сут [7].

Размер и локализацию ПК устанавливали по данным УЗИ и КТ. Все ПК разделили в зависимости от размера на гигантские — более 15,1 см, большие — от 10,1 до 15 см, средние — от 5,1 до 10 см, малые —

менее 5 см. Кроме этого, определяли их локализацию в ПЖ. При наличии нескольких кист учитывали локализацию наибольшей из них.

Для эндоскопического дренирования ПК под контролем ЭУС использовали ультразвуковую эндоскопическую систему Ehexa II и конвексный эхоэндоскоп Olympus GF-UCT140 («Olympus Corporation», Япония), рентгеновскую установку («Ziehm Imaging», Германия), цистотом («Cook Medical», США, Дания, Ирландия), струну диаметром 9 мм («Olympus Corporation», Япония), пластиковые стенты типа Pig Tail («Olympus Corporation», Япония), металлические саморасширяющиеся стенты Endostars и специальные саморасширяющиеся стенты для дренирования кист ПЖ HANAROSTENT («M.I. Tech Co. Ltd.», Республика Корея).

Вмешательство выполняли под общей анестезией в положении больного на спине. При осмотре желудка или двенадцатиперстной кишки выявляли выбухание их стенок за счет сдавления извне. При ЭУС определяли расстояние между стенками и выявляли бессосудистую область для безопасной установки стента. Применение ЭУС позволило выбрать точку дренирования ПК, которая у 20 (87%) пациентов локализовалась в желудке, у 3 (13%) — в двенадцатиперстной кишке. Через намеченную точку выполняли гастростомию или дуоденостомию. Аспирировали содержимое и контрастировали ПК для определения ее точных размеров, герметичности и связи с протоковой системой ПЖ. В просвет кисты по каналу цистостомы заводили струну, по которой устанавливали пластиковый или металлический стент. Инструменты извлекали и проводили визуальный осмотр стента. Выполняли рентгеноскопию для оценки размеров полости. При выявлении связи ПК с протоковой системой ПЖ проводили эндоскопическую ретроградную панкреатикографию, вирсунготомию и стентирование главного панкреатического протока пластиковым стентом длиной 6 см, диаметром 5F.

После операции выполняли рентгенографию брюшной полости с целью установления наличия или отсутствия свободного газа. На 2-е и 7-е сутки после операции проводили УЗИ.

В послеоперационном периоде всем пациентам внутривенно вводили цефтриаксон 1,0 г 2 раза в сут или метронидазол 500 мг 3 раза в сут в течение 7 дней; внутривенно вводили 0,9% раствор хлорида натрия по 500 мл 2 раза в сутки в течение 3 дней. В качестве антисекреторной терапии применяли омепразол 20 мг 2 раза в сут в течение 7 дней. Проводили спазмолитическую терапию — дротаверин 40 мг внутримышечно 2 раза в сут в течение 7 дней. Для купирования болевого синдрома использовали трамадол — 50 мг или тримеперидин — 10 мг.



Рис. 1. Псевдокиста головки поджелудочной железы (изображение при ультразвуковом исследовании).

Стрелками указаны полость псевдокисты (1), бессосудистая зона (2).

Fig. 1. Pseudocyst of pancreatic head (ultrasound image).

The arrows indicate pseudocyst cavity (1), avascular zone (2).

Эффективность эндоскопической операции оценивали по изменению объема полости кисты по данным УЗИ или КТ. При невозможности адекватного дренирования ПК пластиковым стентом под рентгенологическим контролем устанавливали саморасширяющийся стент и назобилиарный дренаж диаметром 7F с последующей ежедневной санацией полости ПК.

Для оценки хирургических осложнений применяли классификацию хирургических осложнений Clavien—Dindo (2004).

Результаты и обсуждение

Причиной ОП с развитием ПК у 15 (65,2%) пациентов являлась желчнокаменная болезнь, у 7 (30,5%) — злоупотребление алкоголем, у 1 (4,3%) — перенесенная операция резекция хвоста ПЖ по поводу цистаденомы. Средний срок повторного обращения после перенесенного панкреонекроза составил в среднем 315 (135; 720) дней. При этом острые формы ПК выявлены у 3 (13%) пациентов, подострые — у 4 (17,4%), хронические — у 16 (69,6%), что свидетельствует о рецидивирующем течении ОП. Гигантские ПК при УЗИ были выявлены у 3 (13%) больных, большие — у 5 (21,7%), средние — у 14 (60,9%), малые — у 1 (4,4%). У всех пациентов с гигантскими ПК имело место сдавление антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки, что приводило к сочетанию болевого синдрома с нарушением эвакуации из желудка.

ПК локализовались в теле ПЖ у 7 (30,4%) пациентов, в хвосте ПЖ — у 7 (30,4%), в головке ПЖ — у 6 (26,2%) (рис. 1). У 3 (1%) больных имело место сочетанное расположение ПК в головке и теле ПЖ.

Пластиковые стенты применяли при наличии «зрелой» фиброзной капсулы толщиной от 3 до 9 мм и однородном содержимом кисты. Металлические саморасширяющиеся стенты устанавливали в отсутствие капсулы, при инфицированном содержимом и наличии секвестров (рис. 2).

После эндоскопической цистогастротомии у 8 (34,7%) больных отмечен умеренный болевой синдром

в верхних отделах живота, у 6 (26,1%) — сочетание болевого и диспепсического синдромов, у 4 (17,4%) — выраженный болевой синдром, у 3 (13%) — подъемы температуры тела до субфебрильных цифр. Не предъявляли никаких жалоб 2 (8,7%) больных. Точка доступа для эндоскопического дренирования зависела от локализации ПК: при ее расположении в хвосте оптимальными областями для стентирования были тело

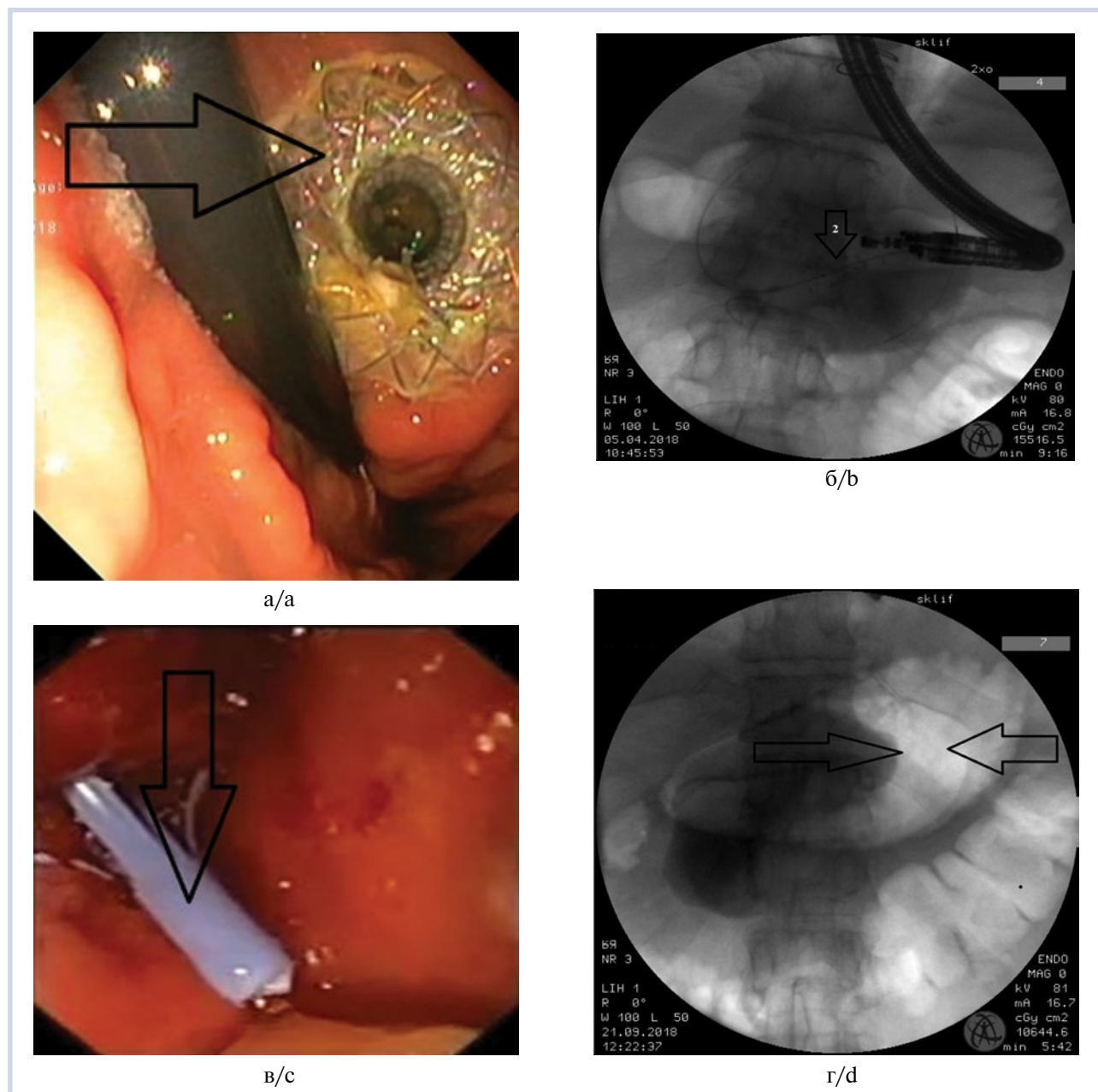


Рис. 2. Состояние после цистогастротомии.

а — саморасширяющийся стент в просвете инфицированной кисты указан стрелкой (изображение получено при эндоскопической ультрасонографии); б — саморасширяющийся стент в просвете инфицированной кисты указан стрелкой 2 (по данным рентгенографии); в — пластиковый стент в просвете неинфицированной кисты указан стрелками (изображение получено при эндоскопической ультрасонографии); г — пластиковый стент в просвете неинфицированной кисты указан стрелками (по данным рентгенографии).

Fig. 2. State after cystogastrostomy.

а — self-expanding stent inside infected cyst is indicated by the arrow 2 (US); б — self-expanding stent inside infected cyst is indicated by the arrow 2 (X-ray); в — plastic stent inside sterile cyst is indicated by the arrow (US); д — plastic stent inside sterile cyst is indicated by the arrows (X-ray).

Локализация цистостомы в желудке и двенадцатиперстной кишке (n=23)

Localization of cystostomy in stomach and duodenum (n=23)

Локализация псевдокисты в поджелудочной железе	Точка для цистостомии					Итого
	тело желудка	кардиальный отдел желудка	антральный отдел желудка	луковица двенадцатиперстной кишки	вертикальная порция двенадцатиперстной кишки	
Головка	1	0	2	2	1	6 (26,2)
Тело	4	1	2	0	0	7 (30,4)
Хвост	7	0	0	0	0	7 (30,4)
Хвост и тело	1	1	1	0	0	3 (1)
Всего	13 (56,5)	2 (8,7)	5 (21,7)	2 (8,7)	1 (4,4)	23 (100)

Примечание. Данные представлены в виде абсолютных и производных (%) величин.

желудка (56,5%) и задняя стенка антрального отдела желудка (21,7%), а при ее расположении в головке — двенадцатиперстная кишка (13,1%) (см. таблицу).

Серозно-геморрагическое содержимое ПК было у 20 (85%) больных, в связи с этим им были установлены пластиковые стенты, а гнойное содержимое — у 3 (15%), что явилось показанием для применения саморасширяющихся стентов.

После установки саморасширяющегося стента у 2 (8,7%) больных при УЗИ выявлены не дренируемые в просвет желудка отделы кистозной полости. На этом фоне у пациентов отмечали субфебрильную температуру и умеренно выраженный болевой синдром, в связи с чем дополнительно выполнено цистоназальное дренирование через саморасширяющийся стент с санацией полости ПК. На 6—8-е сутки послеоперационного периода больные жалоб не предъявляли, температура тела была нормальной, по дренажу отделяемого не было, и его удаляли на 6—7-е сутки. К моменту выписки по данным УЗИ отмечали полный регресс полости кисты.

Связь ПК с протоковой системой ПЖ имела у 2 (8,7%) пациентов, что явилось показанием к стентированию главного панкреатического протока. На момент выписки по данным УЗИ жидкостные образования в тканях ПЖ у пациентов отсутствовали, а полость кисты не определялась.

Выраженный болевой синдром после цистогастростомии отметили у 4 (17,4%) пациентов в 1-е сутки. При рентгеноскопии в брюшной полости выявлен свободный газ. На фоне консервативной терапии болевой синдром купирован. При УЗИ выявлено минимальное количество жидкости в брюшной полости у 2 больных. При УЗИ на 3-и и 4-е сутки жидкость в брюшной полости отсутствовала, полость ПК не определялась.

При попытке эндоскопической цистогастростомии у 1 (4,3%) пациента отмечено большое количество свободного газа в брюшной полости. При ЭУС выявлено разобщение стенок желудка и ПК, что явилось показанием к конверсии и хирургическому наложению цистогастроанастомоза.

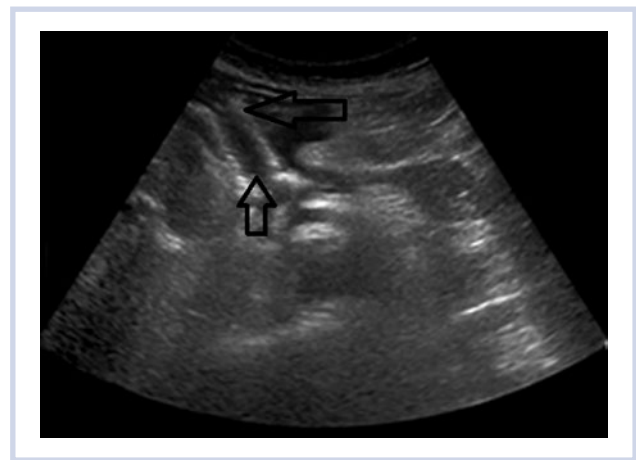


Рис. 3. Стент в области головки поджелудочной железы, полость отсутствует, стрелками указаны края стента (изображение при ультразвуковом исследовании).

Fig. 3. Stent in the pancreatic head, cavity is absent, the arrows indicate stent edges (US).

Контрольное УЗИ, выполненное перед выпиской, выявило отсутствие жидкостного образования у 18 (81,9%) пациентов, у 4 (18,2%) — уменьшение полости ПК более чем в 2 раза (рис. 3).

Таким образом, осложнения возникли у 5 (21,7%) из 23 больных, у 4 из них отмечали хирургические осложнения I степени и в 1 наблюдении — III степени.

Ведущую роль в диагностике ПК играет УЗИ, которое у всех пациентов позволило обнаружить кистозное образование, оценить его размеры, локализацию, толщину капсулы. Для выявления бессосудистой области, необходимой для безопасной установки стента, использовали ЭУС. Для уточнения связи с протоковой системой ПЖ применяли эндоскопическую ретроградную панкреатографию. КТ применили у 3 больных, если данные УЗИ не позволяли оценить связь ПК с окружающими органами.

При наличии сформированной фиброзной капсулы и однородном жидкостном содержимом кисты выполняли установку пластиковых стентов. Отсутствие капсулы свидетельствует о наличии острого

жидкостного скопления, которое нельзя дренировать через желудок. При выявлении секвестров, признаков инфицирования содержимого и в отсутствие капсулы при минимальной длине анастомоза (менее 1 см) устанавливали металлический саморасширяющийся стент.

После аспирации содержимого из ПК выполняли бактериологическое исследование, а также биохимическое исследование для определения уровня амилазы. Это позволило подтвердить инфицирование ПК и при необходимости скорректировать антибактериальную терапию, а также оценить связь ПК с протоковой системой ПЖ.

Всем пациентам после эндоскопического оперативного вмешательства рекомендовано проведение рентгенологического исследования органов брюшной полости с целью установления наличия или отсутствия свободного газа. Как показал наш опыт, после вмешательства наличие свободного газа у 8,7% пациентов не явилось показанием к обязательной конверсии, достаточно было динамического наблюдения.

Выполнение повторных УЗИ в фиксированные сроки позволяет оценить динамику изменения размеров ПК. Таким образом, предложенная лечебная тактика показала эффективность данного метода лечения ПК, однако малое число наблюдений является поводом для дальнейшего продолжения исследования.

Полученные данные имеют ограниченную (С) степень статистической значимости и IV уровень до-

казательности публикации (по классификации степени достоверности публикаций Оксфордского центра доказательной медицины).

Заключение

Эндоскопическое дренирование псевдокист поджелудочной железы под контролем эндоскопической ультрасонографии является высокоэффективным методом лечения: у 81,8% пациентов достигнут полный регресс полости, у 18,2% отмечено ее уменьшение более чем в 2 раза. Эндоскопическая цистогастростомия (цистодуоденостомия) является эффективным методом лечения с минимальным риском послеоперационных осложнений: конверсия потребовалась лишь у 1 (4,3%) больного. При острой псевдокисте показана установка саморасширяющегося стента, что позволяет выполнять программную санацию полости псевдокисты и проводить цистоназальное дренирование. При хронической псевдокисте рекомендуется устанавливать пластиковый стент, этого достаточно для адекватного дренирования ПК.

Участие авторов:

Проведение оперативных вмешательств — Ю.С.
Редактирование — П.А.

Сбор и обработка материала — Ю.Д.

Проведение УЗ-исследований — Н.В.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflict of interest.**

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. *Абдоминальная хирургия: Национальное руководство: краткое издание*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
Zatevakhin II, Kirienko AI, Kubyshekin VA. *Abdominal'naya khirurgiya: Natsional'noe rukovodstvo: kratkoe izdanie*. М.: GEOTAR-Media, 2016. (In Russ.).
2. Байчоров Э.Х., Байрамуков Р.Р. Хирургическое лечение гнойных осложнений острого панкреатита. *Материалы Всероссийской конференции хирургов*. Пятигорск. 2001;60.
Baychorov EK, Bayramukov RR. Hirurgicheskoe lechenie gnojnyh oslozhnenij ostrogo pankreatita. *Materialy Vserossiyskoy konferentsii khirurgov*. Pyatigorsk. 2001;60. (In Russ.).
3. Баймаков С.Р., Каюмов Т.Х. Опыт лечения гнойных осложнений деструктивного панкреатита. *Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского*. 2011;6(2):136-137.
Baymakov SR, Kayumov TK. Experience in the treatment of purulent complications of destructive pancreatitis. *Al'manakh Instituta khirurgii im. A.V. Vishnevskogo*. 2011;6(2):136-137. (In Russ.).
4. Бурневич С.З. Диагностическая и лечебная тактика при стерильном и инфицированном панкреонекрозе: Дис. ... д-ра мед. наук. М. 2005.
Burnevich SZ. *Diagnosticheskaya i lechebnaya taktika pri steril'nom i infitsirovannom pankreonekroze*: Dis. ... d-ra med. nauk. М. 2005. (In Russ.).
5. Кубышкин В.А., Козлов И.А., Вишневский В.А. Выбор способа хирургического лечения хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы. В кн.: *Актуальные проблемы хирургической гепатологии: материалы XV Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ (Казань, 17—19 сентября)*. *Анналы хирургической гепатологии*. 2008;13(3):172.
Kubyshekin VA, Kozlov IA, Vishnevskiy VA. The choice of the method of surgical treatment of chronic pancreatitis with a primary lesion of the pancreatic head. In the book: *Actual problems of surgical hepatology: materials of the XV International Congress of Surgeons and Hepatologists of the CIS countries (Kazan', 17—19 September)*. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2008;13(3):172. (In Russ.).
6. Munteanu M, Pircoveanu M, Munteanu AC, Munteanu MC, Saftoiu A, Gugila I. Surgical management of acute pancreatitis. One hundred years of evolution. *Chirurgia (Bucur)*. 2006;101(3):229-235.
7. Muniraj T, Aslanian HR, Farrell J, Jamidar PA. Chronic pancreatitis, a comprehensive review and update. Part I: epidemiology, etiology, risk factors, genetics, pathophysiology, and clinical features. *Disease-a-Month*. 2014;60(12):530-550.
<https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2014.11.002>
8. Lankisch PG, Apte M, Banks PA. Acute pancreatitis. *Lancet*. 2015;386(9988):85-96.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60649-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60649-8)

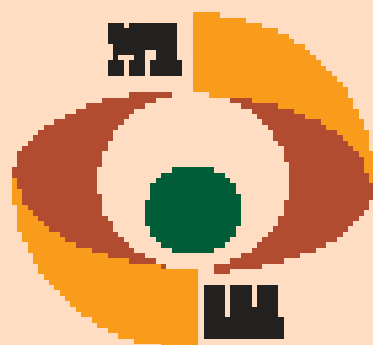
9. Первова О.В., Черданцев Д.В., Курбанов Д.Ш., Носков И.Г., Антонов Р.В., Жегалов П.С. Первые результаты транслюминального дренирования псевдокист поджелудочной железы под ЭУС-наведением. *Молодой ученый*. 2015;11:703-708. Pervova OV, Cherdantsev DV, Kurbanov DSh, Noskov IG, Antonov RV, Zhegalov PS. The first results of transluminal drainage of pancreatic pseudocyst under EUS-induced. *Moloday ucheny*. 2015;11:703-708. (In Russ.).
10. 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;5:151. Cherdantsev DV, Pervova OV, Zhegalov PS, Noskov IG, Kurbanov DSh. Possibilities of transluminal drainage of postnecrotic pancreatic cysts under EUS-guided. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2016;5:151. (In Russ.).
11. Авдеев А.М. *Диагностика и лечение псевдокист поджелудочной железы*: Дис.... канд. мед. наук. СПб. 2014. Avdeev AM. *Diagnostika i lechenie psevdokist podzheludochnoy zhelezy*: Dis.... kand. med. nauk. SPb. 2014. (In Russ.).
12. Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Рухляда Н.В., Смирнов А.Д. *Хронический панкреатит: Руководство для врачей*. СПб.: Питер, 2000. Vagnenko SF, Kurygin AA, Rukhlyada NV, Smirnov AD. *Khronicheskuyu pankreatit: Rukovodstvo dlya vrachey*. SPb.: Piter, 2000. (In Russ.).
13. Винник Ю.С., Черданцев Д.В., Первова О.В. *Повреждения поджелудочной железы, осложненные острым панкреатитом: принципы диагностики и лечения*. Красноярск. 2014. Vinnik YuS, Cherdantsev DV, Pervova OV. *Povrezhdeniya podzheludochnoy zhelezy, oslozhnennyye ostrym pankreatitom: printsipy diagnostiki i lecheniya*. Krasnoyarsk. 2014. (In Russ.).
14. Карюхин И.В., Тарасенко С.В., Рахмаев Т.С., Зайцев О.В., Фаткина С.Н. Современный подход к лечению кист поджелудочной железы при хроническом панкреатите. *Сибирский медицинский журнал*. 2013;5:5-12. Karyuhin IV, Tarasenko SV, Rahmaev TS, Zajcev OV, Fatkina SN. A modern approach to the treatment of pancreatic cysts in chronic pancreatitis. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal*. 2013;5:5-12. (In Russ.).
15. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Радзиховский А.П. *Хирургия поджелудочной железы*. Симферополь: Таврида, 1997;342-369. Shalimov AA, Shalimov SA, Nitchitaylo ME, Radzikhovskiy AP. *Khirurgiya podzheludochnoy zhelezy*. Simferopol': Tavrida, 1997;342-369. (In Russ.).
16. Курыгин А.А., Нечаев Э.А., Смирнов А.Д. *Хирургическое лечение кист поджелудочной железы*. СПб.: Гиппократ, 1996. Kurygin AA, Nechaev EA, Smirnov AD. *Khirurgicheskoye lechenie kist podzheludochnoy zhelezy*. SPb.: Gippokrat, 1996. (In Russ.).
17. Baron TH, Harewood GC, Morgan DE, Yates MR. Outcome differences after endoscopic drainage of pancreatic necrosis, acute pancreatic pseudocysts, and chronic pancreatic pseudocysts. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2002;56:17-17. <https://doi.org/10.1067/mge.2002.125106>
18. Франкенберг Б.Е., Сорокин Г.А., Белоцерковская Р.В. Хирургическое лечение псевдокист поджелудочной железы. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 1972;7:3-6. Frankenberg BE, Sorokin GA, Belocerkovskaya RV. Surgical treatment of pancreas pseudocyst. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova*. 1972;7:3-6. (In Russ.).
19. Штофин С.Г. *Выбор метода хирургического лечения заболеваний поджелудочной железы*: Дис. ... д-ра мед. наук. Томск. 1994. Shtofin SG. *Vybor metoda hirurgicheskogo lecheniya zabolevaniy podzheludochnoy zhelezy*: Dis. ... d-ra med. nauk. Tomsk. 1994. (in Russ.).
20. Седов А.П., Парфенов И.П., Карпачев А.А. Способ эндоскопического наружно-внутреннего дренирования нагноившихся псевдокист поджелудочной железы. Актуальные проблемы хирургической гепатологии: Материалы XV Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ. *Анналы хирургической гепатологии*. 2008;13(3):187. Sedov AP, Parfenov IP, Karpachev AA. Method for endoscopic external-internal drainage of suppurative pancreatic pseudocysts. Actual problems of surgical hepatology: Materials of the XV International Congress of Surgeons and Hepatologists of the CIS countries. *Annals of Surgical Hepatology*. 2008;13(3):187. (In Russ.).
21. Rodrigues RA, Correia LP, Rohr MR, Nakao FS, dos Santos MM, Ferrari AP, Della Libera E. Endoscopic resolution of pseudocyst infection and necrosis as a complication of endoscopic pseudocyst drainage. *Journal of the Pancreas*. 2008;9(4):499-503.
22. Lopes CV, Pesenti C, Bories E, Caillol F, Giovannini M. Endoscopic ultrasound guided endoscopic transmural drainage of pancreatic pseudocysts. *Arquivos de Gastroenterologia*. 2008;45(1):17-21. <https://doi.org/10.1590/s0004-28032008000100004>
23. Apostolou C, Krige JE, Bornman PC. Pancreatic pseudocysts. *South African Journal of Surgery*. 2006;44(4):148-155. <https://doi.org/10.1007/s11605-009-1048-7>

Поступила 14.02.19

Received 14.02.19

Принята к печати 14.03.19

Accepted 14.03.19



ДВАДЦАТЬ ПЯТАЯ ЮБИЛЕЙНАЯ ОБЪЕДИНЕННАЯ РОССИЙСКАЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ НЕДЕЛЯ

Уважаемые коллеги!

Российская гастроэнтерологическая неделя состоится в Москве с 7 по 9 октября 2019 года в Центре Международной Торговли (ЦМТ) по адресу: Красноваршавская набережная, д. 12.

**ВНИМАНИЕ! МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ДВАДЦАТИ ПЯТОЙ РОССИЙСКОЙ И
ОБЪЕДИНЕННОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ НЕДЕЛИ ВНИМАТЕЛЬНО!**

Программа Недели включает в себя обсуждение широкого круга теоретических и практических проблемы современной гастроэнтерологии, гепатологии, гепатологии, педиатрии, нутрициологии и других связанных с гастроэнтерологией дисциплин. Большинство приглашенных докладчиков – признанные отечественные и зарубежные лидеры мнения.

В рамках Объединенной Российской гастроэнтерологической недели в нескольких залах будут проходить научные симпозиумы. Как и на предыдущих Неделях, будет продолжено обсуждение стандартов и порядков оказания специализированной медицинской помощи и клинических рекомендаций по специальности "Гастроэнтерология"; лучшие специалисты проведут мастер-классы и семинары Российской гастроэнтерологической ассоциации и выступят с лекциями на тему: Планирование предоставления коллективных и индивидуальных случаев: ответственное ведение.

В период проведения ГастроНедели будет работать выставка современных лекарственных препаратов, современной техники и технологий, применяемых в гастроэнтерологии и лечении ее патологий, и специализированных изделий.

Перед Неделью с 4 по 6 октября 2019 года будет проведена Основная сессия Научной школы гастроэнтерологии, гепатологии РГА.

Вход на научные заседания ГастроНедели свободный.

Почтовый адрес для переписки и справок: 127282, Москва, в/п 84, "ГАСПРО".

Телефоны для справок: +7 926 213-25-52.

Электронная почта: info@gastronet.ru, nga-org@yandex.ru.

Адреса в интернете: www.gastro.ru, www.liver.ru.