

Э. Э. Топузов¹, М. А. Абдулаев¹, А. М. Авдеев², Ю. В. Плотников¹

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹ ГОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»
Минздравсоцразвития РФ, Санкт-Петербург;

² СПб ГУЗ «Городская Александровская больница», Санкт-Петербург

Лечение псевдокист поджелудочной железы является актуальной проблемой современной хирургии. Выбор оптимальной и адекватной тактики лечения остается весьма сложной задачей [1, 2]. Консервативное лечение представляет собой, по сути, интенсивную терапию по поводу сопутствующего образованию кист острого панкреатита. Оно строится практически на неизбирательной основе, поскольку при консервативном ведении больных нет возможности определить характер кистозного содержимого, ограничена оценка вовлеченности в патологический процесс окружающих поджелудочную железу органов и тканей, не учитывается характер связи кист с панкреатическими протоками [3–5].

Некоторые авторы приводят данные об успешном консервативном лечении у 14–70% больных [6–8]. Многочисленные наблюдения свидетельствуют о том, что в 15–30% наблюдений возможен спонтанный регресс кист, возникших на фоне острого панкреатита [9, 10]. Наиболее благоприятным сроком для рассасывания кист поджелудочной железы являются первые 4–6 недель с момента их образования [11, 12]. При псевдокистах размером не более 4,0 см, существующих до 4–6 недель без признаков осложнений, консервативные мероприятия обычно эффективны [13–18]. Кистозные образования с толстой фиброзной стенкой у больных с хроническим панкреатитом самоликвидируются крайне редко [19, 20]. По данным литературы, ожидаемый срок регрессии кист поджелудочной железы не должен превышать 1–1,5 месяца, что связано с возможностью развития в них осложнений [14, 18, 21]. К таким осложнениям следует отнести, прежде всего, нагноение кисты (30–80%) [3, 22]. Реже наблюдается перфорация кист в соседние органы и брюшную полость [23, 24], образование внутренних свищей [25–27]. Большие по объему кисты могут вызвать непроходимость в результате сдавления органов желудочно-кишечного тракта, асцит, сердечно-легочную недостаточность [28–30]. Ряд авторов указывают на возможность малигнизации длительно существующих кист поджелудочной железы [31–33]. Одним из наиболее опасных осложнений являются аррозивные кровотечения в полость кисты, брюшную полость и забрюшинное пространство [34, 35]. Кровотечения возникают как на ранних стадиях формирования псевдокист [36–38], так и в отдаленном периоде заболевания [26, 39]. Риск летального исхода при таких грозных осложнениях, как аррозивное кровотечение и перфорация кист, по мнению некоторых авторов, достигает 15–45% [40–42].

Опасность развития разнообразных осложнений заставляет большинство хирургов придерживаться активной хирургической тактики в лечении псевдокист поджелудочной железы [7, 13, 14, 19, 21, 43–45]. В целом, возможности консервативного лечения псевдокист поджелудочной железы в настоящее время представляются ограничен-

ными, использование консервативной активно-выжидательной тактики допускается только с целью подготовки больных к оперативному лечению, снятия сопутствующих симптомов панкреатита и, по возможности, переноса срока операции на период, достаточный для полного формирования кистозной капсулы [46–48].

Формирование и развитие псевдокист поджелудочной железы является одним из осложнений панкреатита. Проводимое лечение, следовательно, было направлено в основном на борьбу с ним. Основными направлениями проводимой консервативной терапии являлись купирование болевого синдрома, подавление секреции и активности ферментов поджелудочной железы, снижение гипертензии в протоковой системе, борьба с интоксикацией, обезвоживанием, электролитными расстройствами и сосудистой недостаточностью. Важнейшей составной частью проводимого консервативного лечения является многокомпонентная современная антибактериальная терапия, направленная на профилактику и купирование гнойно-септических осложнений.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни и журналов УЗИ за последние 10 лет в СПб ГУЗ «Городская Александровская больница» с 2001 по 2010 гг. Наблюдались 275 больных с псевдокистами поджелудочной железы. Из них 118 (42,9%) больным проводилось только консервативное лечение, как единственный и окончательный вид проводимой терапии. Из наблюдавшихся больных было: 81 (68,6%) мужчин в возрасте от 27 до 89 лет ($50,8 \pm 1,3$) и 37 (31,4%) женщин в возрасте от 34 до 92 лет ($52,2 \pm 2,4$) (табл. 1).

Таблица 1. Распределение консервативно пролеченных пациентов по возрасту и полу

Возраст	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80 и старше	Итого
Мужчины	3	11	25	30	7	3	2	81
Женщины	2	4	11	9	7	3	1	37
Всего	5	15	36	39	14	6	3	118

Размеры кист поджелудочной железы у данной категории пациентов отражены в таблице 2. У 30 пациентов было выявлено две и более кисты поджелудочной железы. В таблице отражен размер наибольшей из них. Средний размер — $4,5 \pm 0,2$ см.

Таблица 2. Размеры кист

Размеры кисты		До 3,9 см	4,0–9,9 см	Более 10,0 см	Всего
Количество пациентов	мужчины	60 (50,8%)	18 (15,3%)	3 (2,5%)	81 (68,6%)
	женщины	32 (27,1%)	5 (4,2%)	–	37 (31,4%)
Итого		92 (78,0%)	23 (19,5%)	3 (2,5%)	118 (100%)
Средний размер (см)		$3,4 \pm 0,1$	$7,7 \pm 0,4$	$14,3 \pm 0,9$	$4,5 \pm 0,2$

Эффективность проводимого лечения мы оценивали по следующим критериям:

- купирование клинической картины (купирование болевого синдрома, нормализация функции желудочно-кишечного тракта и др.);
- улучшение лабораторных показателей крови;
- полный регресс кисты.

Если присутствовали все критерии, судили о «полном выздоровлении». Об «улучшении» мы судили, если был хотя бы один из этих признаков. При сохранении всех этих параметров или состояния, приводящего к усугублению какого-либо одного и более из этих признаков, лечение оценивалось как «неэффективное». В случае гибели пациента говорили о летальности. Отдельно рассматривали средний койко-день с учетом всех повторных госпитализаций.

Проводимое лечение у 37 (31,6%) больных было вынужденным, в связи с превалированием тяжелых сопутствующих заболеваний. Несмотря на безусловные показания к оперативному лечению у этих пациентов, от операции пришлось отказаться. Категорически отказались от предложенной операции 5 (5,1%) пациентов. 75 (63,6%) пациентов, как правило, с небольшими кистами поджелудочной железы (до 3,0 см), проходили лечение по поводу острого или обострения хронического панкреатита. Одна пациентка (0,9%) — с самопроизвольно прорвавшейся псевдокистой поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку.

Результаты. Все пациенты были госпитализированы в экстренном порядке. Ведущим критерием для госпитализации, как правило, служил болевой синдром и диспептические расстройства. Из 118 пациентов, у которых ограничились консервативной терапией, 21 (17,8%) ранее были оперированы по поводу деструктивного панкреатита и его осложнений в различных стационарах города и области.

Курс консервативной терапии составлял от 3 до 30 дней (средний — 8,2). Ее продолжительность, с одной стороны, зависела от желания пациента находиться в стационаре (зачастую после быстрого купирования болевого синдрома больные покидали стационар, не дожидаясь не только завершения курса лечения, но и контрольных обследований). С другой стороны, болезнь иногда приобретала упорное течение, в особенности при сопутствующих заболеваниях, не позволяющих использовать наши консервативные возможности в полном объеме. Всем 118 больным проводилась инфузионно-детоксикационная терапия. Ее объем зависел от тяжести заболеваний и выраженности сопутствующих заболеваний.

Основными компонентами инфузионной терапии были:

- спазмолитики (но-шпа и ее аналоги, а также платифилин, папаверин, спазган и спазмальгин);
- анальгетики (анальгин, диклофенак, кетонал и кетанов);
- антисекреторные препараты (сандостатин и его аналог октреатид);
- блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов (квamatел, рантак, оцелок);
- блокаторы водородной помпы (омез, лосек, ультоп).

У 25 (21,2%) пациентов в комплексную терапию включали также ингибиторы ферментов поджелудочной железы (контрикал или гордокс).

У 24 (20,3%) пациентов, при высоких цифрах или упорной амилаземии, мы с успехом применяли курс 5-фторурацила.

Дозировки и длительность применения различных препаратов соответствовали общепринятым стандартам.

Антибактериальная терапия, как один из основных компонентов консервативного лечения, проводилась 83 (70,3%) пациентам. Наиболее часто нами использовалось сочетание цефатоксима с метрогилом. Однако мы пользовались и другими антимикробными препаратами. Их группа и доза подбирались индивидуально в зависимости

от индивидуальной непереносимости, длительности курса, тяжести состояния и чувствительности к выявленной микрофлоре.

Так же, как один из компонентов консервативной терапии, мы с успехом применяли физиотерапевтические методы лечения. Наиболее часто использовались электрофорез и УВЧ. Вид и длительность курса физиотерапии определялись врачом физиотерапевтом. Как правило, противопоказаниями для данного вида лечения служили сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания и онкологическая настороженность. Курсом физиотерапии воспользовались 71 (60,2%) пациент в возрасте от 22 до 60 лет. Продолжительность курса составила от 3 до 10 сеансов.

Хороший терапевтический эффект мы наблюдали при использовании сакроспинальных новокаиновых блокад. Данным методом нами было пролечено 34 пациента. Курс лечения составлял от 1 до 7 блокад 1 раз в день введением раствора новокаина 0,25% или 0,5% объемом от 40 до 200 мл.

Возникновение рецидива заболевания мы оценивали по отметке повторных госпитализаций в хирургические или гастроэнтерологические отделения. В нашем исследовании 35 (30,7%) пациентов за исследуемый период были госпитализированы повторно, причем 13 (11,4%) из них три и более раза.

С неосложненными формами кист поджелудочной железы было 80 (67,8%) пациентов.

У 38 (32,2%) пациентов имелось осложненное течение основного заболевания. У 1 (0,9%) было аррозивное кровотечение в желудочно-кишечный тракт, у 1 (0,9%) — самопроизвольный прорыв и дренирование псевдокисты в просвет двенадцатиперстной кишки (с самоизлечением) и у 1 (0,9%) — цистоплевральный панкреатический свищ. У 35 (29,7%) пациентов имелось нагноение содержимого кисты поджелудочной железы. Все пациенты с нагноением содержимого кисты поджелудочной железы имели кисты менее 3,0 см. Диагноз им был поставлен по данным УЗИ и СКТ в сочетании с изменениями в анализах крови. Добиться выздоровления удалось с использованием современных схем антибактериальной терапии.

Клинические примеры

1. Пациент Ж., 68 лет, поступил с клиникой желудочно-кишечного кровотечения тяжелой степени на фоне передозировки варфарина. В анамнезе протезирование аортального клапана и эндоваскулярное стентирование коронарных артерий. Принимал варфарин в дозировке 7,5 мг. Отмечал многократный жидкий черный стул в течение 2 дней с развитием слабости и общего недомогания. При поступлении состояние крайне тяжелое. Пульс 140 в мин, АД 50/0 мм рт. ст. В анализах крови обращает на себя внимание Hb 55 г/л и МНО 6,4; протромбиновый индекс определить не удалось из-за отсутствия образования свертков. На УЗИ выявлена умеренная гепатомегалия с диффузным изменением печени и поджелудочной железы. При ФГДС — атрофическая гастропатия. Источника кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта не выявлено. В течение первых суток пациенту, наряду с проводимой терапией, было перелито 4 дозы ЭРМ и 6 доз СЗП. Несмотря на проводимую терапию состояние больного оставалось крайне тяжелым: АД 80/50 мм рт. ст. на вазопрессорах. Hb 76 г/л, МНО 5,2. На следующий день выполнена повторная ФГДС колоноскопом! Осмотрена вся двенадцатиперстная кишка и 15 см тощей кишки, но источника кровотечения выявить так и не удалось. Больному был поставлен предварительный диагноз «кишечное

кровотечение». Запланировано экстренное спиральное КТ брюшной полости и ФКС. Однако обследование провести не удалось. У больного развился рецидив кровотечения. Выполнить оперативное вмешательство не позволяло крайне тяжелое состояние больного с крайне низкими показателями свертываемости крови и неясность в источнике кровотечения. Консервативные мероприятия успеха не принесли. Больной скончался на 2 сутки пребывания в реанимации. Источник кровотечения удалось выявить лишь на вскрытии. Им оказалась небольшая киста головки поджелудочной железы с аррозивным кровотечением через вирсунгов проток в двенадцатиперстную кишку.

2. Больной Д., 44 лет, поступил в экстренном порядке с подозрением на обострение хронического панкреатита. Из анамнеза выяснено, что больной в течение последних 8 лет ведет асоциальный образ жизни и злоупотребляет алкоголем. В течение последних двух лет неоднократно проходил лечение по поводу острого панкреатита. За 10 месяцев до этого проходил стационарное лечение по поводу жирового панкреонекроза с ферментативным перитонитом, по поводу чего была выполнена диагностическая и санационная лапароскопия. Спустя 7 месяцев, во время очередной госпитализации, выявлена псевдокиста в области головки поджелудочной железы.

При поступлении больной жаловался на интенсивные боли в эпигастрии, не купирующиеся спазмолитиками в течение 10 дней. В клиническом анализе крови $Hb\ 144\ г/л$, отмечался лейкоцитоз $13,6 \times 10^9/л$ с палочкоядерным сдвигом до 9. В биохимическом анализе крови отмечалась умеренная амилаземия $202\ U/L$. На УЗИ выявлялась киста в области головки поджелудочной железы $9,2 \times 8,8\ см$ с однородным содержимым. При ФГДС выявлено выраженное выбухание медиальной стенки двенадцатиперстной кишки за счет сдавления извне и эритематозная гастродуоденопатия.

Больному начата консервативная терапия и запланировано КТ брюшной полости с дальнейшим решением вопроса об оперативном лечении. На 3 сутки пребывания в стационаре больной почувствовал внезапную слабость вместе с необъяснимым купированием болевого синдрома. Спустя 2 часа у больного появилась мелена, в связи с чем была выполнена экстренная ФГДС, при которой выявлен дефект медиальной стенки нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки $1,0 \times 0,3\ см$ с подтеканием из него мутного содержимого и признаками состоявшегося кровотечения из стенки двенадцатиперстной кишки Forest IIА. Выполнен профилактический эндоскопический гемостаз.

При контрольном анализе крови $Hb\ 82\ г/л$. Перелито 2 дозы свежезамороженной плазмы и проведена гемостатическая терапия в условиях реанимационного отделения. На следующий день больному выполнена рентгеноскопия желудка с использованием водорастворимого контраста, при которой обнаружена визуализированная многокамерная киста в проекции головки поджелудочной железы, сообщающаяся с двенадцатиперстной кишкой (рис. 1). Спустя 2 дня больному выполнено КТ брюшной полости, на которой размеры образования в проекции головки поджелудочной железы составляли $4,4 \times 2,8\ см$ (рис. 2–3). Больной выписан на 11 сутки пребывания в стационаре в удовлетворительном состоянии. Спустя 3 недели киста полностью регрессировала и по данным УЗИ больше не определялась.

3. Пациент Е., 51 года, злоупотребляет алкоголем. Менее 1 года назад он вернулся из мест длительного заключения. Поступил в приемное отделение с жалобами на боли в эпигастрии, одышку и ознобы. В направлении скорой помощи значился диагноз «острая пневмония». Длительность заболевания — около 1 месяца. При обследовании на рентгенограмме выявлено затенение 1/2 правой половины грудной клетки за счет



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3

скопившейся жидкости в правой плевральной полости. В анализах крови обратило на себя внимание повышенное содержание амилазы в сыворотке крови, до 1120 U/L. При диагностической пункции из правой плевральной полости эвакуировано 3,5 л мутной темной геморрагической жидкости. При исследовании ее на амилазу получен результат 7260 U/L. По данным УЗИ была выявлена киста в области хвоста поджелудочной железы 8,0 см в диаметре. ФГДС: эрозивный гастродуоденит. У больного был заподозрен панкреато-плевральный свищ, и он был госпитализирован на хирургическое отделение. При дальнейшем обследовании на спиральной КТ визуализировать свищевой ход не удалось. Спустя 1 неделю потребовалась повторная пункция в связи с нарастающим гидротораксом справа. При повторной пункции эвакуировали еще 2,0 л прозрачной геморрагической жидкости. Содержание амилазы в ней было 5630 U/L. От проведения ка-

кого-либо оперативного лечения, в том числе и эндоскопического, больной категорически отказался. На фоне консервативной терапии удалось добиться снижения амилазы в сыворотке крови до 150 U/L и субъективного улучшения общего состояния. После очередной пункции, спустя еще 10 дней, было эвакуировано 1,5 л прозрачной серозной жидкости с содержанием амилазы в ней 4860 U/L. Больной самовольно покинул стационар.

Оценивая результаты консервативного лечения получили следующие результаты:

1. Летальность наблюдалась у 9 (7,6%) пациентов. Умерли 4 (3,4%) человека в связи с нарастающей печеночно-почечной недостаточностью на фоне цирроза печени, 2 (1,7%) — в связи с развившимся алкогольным делирием, отеком и дислокацией головного мозга, 2 (1,7%) — вследствие ОИМ. И 1 (0,9%) пациент скончался на фоне желудочно-кишечного кровотечения.

2. У 10 (8,5%) пациентов консервативная терапия изначально не принесла ожидаемого результата. У 13 (11,0%) пациентов, после прекращения курса интенсивной терапии или снижения ее интенсивности, происходил рецидив болевого синдрома с повторным ухудшением результатов лабораторных анализов. Следовательно, лечение оказалось неэффективным у 23 (19,5%) пациентов.

3. Об улучшении можно говорить у 74 (62,7%) пациентов. Из них субъективное улучшение состояния отмечено у 63 (53,4%), полное купирование болевого синдрома отметил 31 (26,3%) человек. Исходные нарушения в клинических и биохимических показателях сыворотки крови отмечались у 66 (55,9%) пациентов. Их нормализации на фоне консервативной терапии удалось добиться у 57 (48,3%) больных.

4. О выздоровлении, по нашим критериям, можно говорить о 12 (10,2%) пациентах. У них отмечалась инструментально доказанная УЗИ или КТ методами полная регрессия кист поджелудочной железы. Нами не рассматривались случаи острого скопления жидкости в сальниковой сумке при остром панкреатите. Полной регрессии кисты нам удалось добиться лишь у пациентов с небольшими кистами поджелудочной железы, от 1,2 до 4,6 см в диаметре. У всех этих пациентов отмечалось полное купирование болевого синдрома и улучшение лабораторных показателей. У всех этих пациентов киста поджелудочной железы была выявлена впервые при данной госпитализации.

Обсуждение полученных результатов. Консервативная терапия, как метод лечения псевдокист поджелудочной железы, не потеряла своего значения и в настоящее время. Несмотря на то что в данной группе пациентов, как правило, небольшие кисты поджелудочной железы соседствовали с более тяжелыми и грозными сопутствующими заболеваниями, необходимость лечения данной формы хронического панкреатита остается актуальной.

Учитывая полученные результаты у 12 (10,2%) человек, можно утверждать, что наиболее прогностически оправданным консервативное лечение следует считать у лиц с впервые выявленными небольшими кистами поджелудочной железы. Причем удалось провести консервативную терапию, не прибегая к оперативному лечению, у 35 (29,7%) пациентов с признаками нагноения содержимого кисты поджелудочной железы, при размерах кисты не более 3,0 см. У 74 (62,7%) пациентов нам удалось добиться лишь субъективного выздоровления. Несмотря на купирование клинической картины непосредственный субстрат болезни (киста) у пациентов остался. И в дальнейшем, как косвенно показывают наши наблюдения, это ведет к рецидиву клинической картины заболевания. Причем агрессивные факторы, такие как алкоголь, несоблюдение диеты

и желчнокаменная болезнь, значительно увеличивают риск рецидива заболевания. У 23 (19,5%) больных терапия оказалась неэффективной. Умерли 9 (7,6%) пациентов, хотя лишь у 1 (0,8%) из них причиной смерти являлось осложненное течение кисты поджелудочной железы, а у 8 (6,8%) — сопутствующие заболевания.

Почему же при столь неутешительных результатах нам так часто приходится ограничиваться лишь консервативной терапией? Из 118 больных вычтем 5 отказавшихся от операции. Получаем, с одной стороны, существование тяжелых сопутствующих заболеваний, препятствующих проведению оперативных вмешательств, у 36 (30,5%) больных. С другой, и наверное главной, стороны, у 77 (65,3%) пациентов были небольшие, как правило интрапанкреатические, кисты, малодоступные традиционным методам хирургического лечения. Несмотря на то что риск осложнений у этих пациентов ниже, чем у «носителей» крупных кист, проблема остается достаточно острой. Это рецидивирующий характер заболевания, приносящий страдания пациентам и требующий в некоторых случаях неоднократной госпитализации; у лиц трудоспособного возраста — требующий амбулаторного лечения, которое в нашем исследовании не рассматривалось.

Литература

1. Акилов Х. А., Ваккасов М. Х. Лечебная тактика при поздних осложнениях анкронекроза // Материалы IX Всероссийского съезда хирургов. Волгоград. 2000. С. 7.
2. Tanaka A., Takeda R., Utsunomiya H. et al. Severe complications of mediastinal pancreatic pseudocyst report of esophagobronchial fistula and hemothorax // J. Hepatobiliary Pancreat. Surg. 2000. Vol. 7 (1). P. 86–91.
3. Буриев И. М., Цвиркун В. В., Лебедева А. Н. и др. Карциноидные опухоли поджелудочной железы // Анналы хирургической гепатологии. 1997. Т. 2. С. 74–81.
4. Мирошников Б. И., Кондаков С. Б., Удова Е. А. Лечение кист поджелудочной железы // Анналы хирургической гепатологии. 1999. Т. 4, № 2. С. 168.
5. Рыбачков В. В., Уткин А. К., Потапов М. П. К оценке хирургического лечения кист поджелудочной железы // Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков. М., 2000. С. 124.
6. Зайцев Д. И., Макаров Ю. И., Рыков О. В. Использование малоинвазивных методик под УЗ-контролем в лечении больных с острым панкреатитом // Материалы IX Всероссийского съезда хирургов. Волгоград, 2000. С. 43–44.
7. Костырной А. В., Старосек В. Н., Даценко Б. М. и др. Осложненные формы постнекротической кисты поджелудочной железы // Современные проблемы хирургической гепатологии. Тула, 1996. С. 146–147.
8. Кукош М. В., Емельянов Н. В. Хирургические вмешательства при хроническом панкреатите // Анналы хирургической гепатологии. 1999. Т. 4, № 2. С. 164–165.
9. Шалимов А. А., Копчак В. М., Дронов А. И. и др. Хирургическая тактика лечения хронического панкреатита, осложненного псевдокистой // Анналы хирургической гепатологии. 1999. Т. 4, № 2. С. 181–182.
10. Cervenka H., Aigner B., Bacher H. et al. TUM2 — PK (pyruvate kinase type tumor M2), CA19–9 and CEA in patients with benign, malignant and metastasizing pancreatic lesions // Anticancer Res. 1999 Jan. Feb. Vol. 19 (1B). P. 849–851.
11. Кубышкин В. А., Буриев И. М., Айрапетян А. Т. Хирургическая тактика при кистозных опухолях и истинных кистах поджелудочной железы // Анналы хирургической гепатологии. 1999. Т. 4, № 2. С. 163.
12. Cho H. G., Min H. Y., Jang D. S. et al. Two cases of chronic pancreatitis with pseudocyst complicated by obstructive jaundice // Yonsei. Med. J. 2000 Aug. Vol. 41 (4). P. 522–527.

13. Данилов М. В., Федоров В. Д. Хирургия поджелудочной железы. М.: Медицина, 1995. 512 с.
14. Прокофьев О. А., Ахаладзе Г. Г., Гальперин Э. И. Псевдокисты поджелудочной железы: какую тактику избрать? // *Анналы хирургической гепатологии*. 2001. Т. 6, № 2. С. 100–105.
15. Прудков М. И., Шулуто А. М., Галимзянов Ф. В. и др. Минимально инвазивная хирургия некротизирующего панкреатита: пособие для врачей. Екатеринбург: Издательство «ЭКС-Пресс», 2001. 48 с.
16. Basile G., Buffone A., Bonaccorso A. et al. Pancreatic pseudocysts. Clinical contribution // *Minerva Chir.* 2000. Vol. 58, № 3. P. 399–404.
17. Shiraishi M., Tokashiki H., Samura H. et al. Avoiding an over diagnosis of pancreatic pseudocysts // *Hepatogastroenterology*. 2001. Vol. 48, N 42. P. 1758–1761.
18. Wilson C. Management of the later complications of severe acute pancreatitis — pseudocyst, abscess and fistula // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* 1997. Vol. 9, N 2. P. 117–121.
19. Гальперин Э. И., Дюжева Т. Г., Ахаладзе Г. Г. и др. Хронический панкреатит, резекционные и дренирующие вмешательства // *Хирургия*. 2006. № 8. С. 4–10.
20. Ahearne P. M., Baillie J. M., Cotton P. B. et al. An endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP)-based algorithm for the management of pancreatic pseudocysts // *At. J. Surg.* 1992. Vol. 163, N 1. P. 111–115; discussion 115–116.
21. Gouyon B., Levy P., Ruszniewski P. Predictive factors in the outcome of pseudocysts complicating alcoholic chronic pancreatitis // *Gut.* 1997. Vol. 41. P. 821–825.
22. Погребняков В. Ю., Иванов П. А. Малоинвазивное хирургическое лечение осложненных кист поджелудочной железы // *Анналы хирургической гепатологии*. 1999. Т. 4, № 2. С. 171–172.
23. Переяслов А. А., Павловский М. П., Довгань Ю. П. и др. Тактика лечения больных с псевдокистами поджелудочной железы // *Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков*. М., 2000. С. 108–109.
24. Седов В. М., Фишман М. Б., Юрлов В. В. Новые технологии в диагностике и лечении больных острым панкреатитом // *Материалы IX Всероссийского съезда хирургов*. Волгоград, 2000. С. 106–107.
25. Мартов Ю. Б., Васильев О. М., Подолинский С. Г. и др. Способ дуоденовирсунгостомии у больных хроническим панкреатитом с наличием кисты головки поджелудочной железы и расширенным вирсунговым протоком // *Анналы хирургической гепатологии*. 1999. Т. 4, № 2. С. 167.
26. Савинов И. П. Клиника, диагностика, хирургическое лечение хронического панкреатита: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1992. 16 с.
27. Delattre J. F., Flament J. B., Avicce C. Ultrasound — guided percutaneous drainage in the treatment of retentional pseudocysts of chronic pancreatitis // *Chirurgie*. 1996. Vol. 121. P. 57–65.
28. Ившин В. Г. Оригинальная методика пункционной цистогастростомии // *Анналы хирургической гепатологии*. 1999. Т. 4, № 2. С. 158.
29. Кокотов Ю. К., Перунов Н. И., Погребняков В. Ю. и др. Особенности комбинированного хирургического лечения кист поджелудочной железы // *Забайкальский медицинский вестник*. 1997. № 1. С. 41–43.
30. Хрячков В. В. Хирургическое лечение кист поджелудочной железы // *Анналы хирургической гепатологии*. 1999. Т. 4, № 2. С. 180.
31. Айрапетян А. Т., Кубышкин В. А., Буриев И. М. Хирургическая тактика при кистозных опухолях и истинных кистах поджелудочной железы // *Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков*. М., 2000. С. 2–3.
32. Михайлов Д. В., Ерохина В. Н. Использование малоинвазивных вмешательств в лечении деструктивных форм панкреатита // *Медицина в начале нового века. Достижения и перспективы: Материалы 60 юбилейной открытой итоговой конференции молодых ученых Волгоградской медицинской академии*. Волгоград, 2002. С. 248–249.
33. Чумаков А. А., Хорев А. Н., Малащенко В. Н. и др. Профилактика формирования псевдокист поджелудочной железы // *Анналы хирургической гепатологии*. 1999. Т. 4, № 2. С. 181.

34. Токин А. Н., Чистяков А. А., Мамалыгина Л. А. и др. Лечение псевдокист поджелудочной железы // *Анналы хирургической гепатологии*. 1999. Т.А № 2. С. 176–177.
35. Ashner A. F. Collen M. J., Mackoww R. C. Amylase, lipase, isoamylase and trypsin in patients with renal insufficiency and renal failure // *Gastroenterology*. 1989. Vol. 92. P. 1296.
36. Бебуришвили А. Г., Зюбина Е. Н., Бурчуладзе Н. Ш. и др. Диагностика и лечение кист поджелудочной железы // *Анналы хирургической гепатологии*. 1999. Т. 4, № 2. С. 145–146.
37. Бебуришвили А. Г., Зюбина Е. Н., Бурчуладзе Н. Ш. Папилловирсунгоцистодуоденопластика в лечении кист головки поджелудочной железы // *Хирургия*. 2004. № 9. С. 37–40.
38. Boerma D., Obertop H., Gouma D. J. Pancreatic pseudocysts in chronic pancreatitis. Surgical or interventional drainage // *Ann. Ital. Chir.* 2000. Jan Feb. Vol. 71 (1). P. 43–50.
39. Бойко И. К., Чикотеев С. П., Ильичева Е. А. Портальная гемодинамика при хроническом кистозном панкреатите по данным цветного дуплексного сканирования // *Анналы хирургической гепатологии*. 1999. Т. 4, № 2. С. 148.
40. Подкур П. Е., Гришко С. Г., Сиваков Ю. Я. Кровотечение в желудок из кисты поджелудочной железы // *Хирургия*. 1992. № 9–10. С. 79–81.
41. Яковлев С. И., Воленко А. В., Эдзер Л. М. Киста головки поджелудочной железы с прорывом и профузным кровотечением в просвет двенадцатиперстной кишки // *Хирургия*. 1998. № 5. С. 62.
42. Born P., Roesch T., Bruhl K. et al. Long-term results of endoscopic treatment of biliary duct obstruction due to pancreatic disease // *Hepatogastroenterology*. 1998. Vol. 45. P. 833–839.
43. Кутуков В. В., Бессарабов В. Н., Ничога В. Д. и др. Роль компьютерной томографии в диагностике местных осложнений острого панкреатита // *Материалы IX Всероссийского съезда хирургов*. Волгоград, 2000. С. 67.
44. Мишин В. Ю., Квезерова А. П. Современный подход к лечению псевдокист поджелудочной железы // *Анналы хирургии*. 2000. № 3. С. 32–39.
45. Cwikiel W., Andren-Sandberg A., Ihse I. Percutaneous internal drainage. A safe treatment of pancreatic pseudocysts // *Lakartidningen*. 1995. Vol. 92, N 49. P. 4684–4686.
46. Смирнов А. Д. Хирургическое лечение хронического рецидивирующего фиброзного панкреатита, кист поджелудочной железы и наружных панкреатических свищей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1995. 45 с.
47. Centeno B. A. Cyst fluid cystologic analysis in the differential diagnosis of pancreatic cystic lesions // *AmmJ. Clln. Pathol.* 1994. Vol. 101, N 4. P. 483–487.
48. Clements R. H., Reisser J. R. Urgent endoscopic retrograde pancreatography in the stable trauma patient // *Amm. Surg.* 1966. Vol. 62, N 6. P. 446–448.

Статья поступила в редакцию 7 июня 2012 г.