

# ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ТРАНСГАСТРАЛЬНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ПСЕВДОКИСТ У ДЕТЕЙ

Ефременков А.М.<sup>1,2</sup>, Солодина Е.Н.<sup>2</sup>, Соколов Ю.Ю.<sup>1</sup>, Коровин С.А.<sup>1</sup>,  
Зыкин А.П.<sup>1,2</sup>, Ахматов Р.А.<sup>1</sup>, Барская К.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия;

<sup>2</sup> Центральная клиническая больница с поликлиникой, Москва, Россия

**Актуальность.** Панкреатические псевдокисты (ППК) — длительно существующие инкапсулированные жидкостные скопления, содержащие секрет поджелудочной железы, лишенные эпителиальной выстилки, возникающие после воспалительной деструкции или травмы паренхимы поджелудочной железы. При наличии клинических проявлений, таких как боль, диспепсические явления, признаки воспаления, анемия и др. на фоне отсутствия эффекта от консервативной терапии, детям показано хирургическое лечение. В настоящее время в педиатрической практике наиболее популярными являются операции наружного и внутреннего дренирования. К недостаткам наружного дренирования ППК можно отнести длительность лечения, которая может достигать несколько месяцев, что значительно ухудшает качество жизни ребенка. К популярным в педиатрической практике методам внутреннего дренирования относится операция цистоеюностомия по Ру, которая может быть выполнена лапароскопическим доступом, однако формирование двух анастомозов имеет более высокие риски интра- и послеоперационных осложнений и требует большей длительности нахождения в стационаре. В последние годы, по данным литературы, наметилась тенденция к использованию эндоскопических методов лечения данной патологии у детей.

**Цель:** описание собственного опыта эндоскопического трансгастрального дренирования (ЭТГД) ППК.

**Материалы и методы.** С 2020 г. по настоящее время ЭТГД выполнено 15 детям в возрасте от 6 до 17 лет. Постнекротические ППК диагностированы у 5 пациентов, посттравматические — у 7, послеоперационные — у 3. Клинические проявления включали в себя: боль ( $n = 13$ ), асимметрию живота ( $n = 7$ ), диспепсию ( $n = 6$ ). Показанием к ЭТГД явились клинические проявления и отсутствие эффекта от консервативного лечения. ЭТГД выполняли с использованием терапевтических эхогастроскопов с конвексным датчиком ультразвукового сканирования в условиях операционной под эндотрахеальным наркозом. Пункцию стенки желудка выполняли цистотомом. После формирования канала, в полость кисты проводили две струны, по которым устанавливались пластиковые стенты типа «double pig-tail» 9Fr. Положение проводников и стентов контролировали на рентгеноскопии. В послеоперационном периоде назначали инфузионную, антисекреторную, антибактериальную терапию. Кормление начинали на следующий день. Удаление стентов выполняли через 2–2,5 мес.

**Результаты.** Кровотечение в просвет кисты отмечено в двух наблюдениях, остановлено промыванием раствором аминокaproновой кислоты, после чего в полость кисты установили стент «double pig-tail» и назокистозный дренаж, через который в течение 5 дней в полость кисты вводили раствор аминокaproновой кислоты, далее заменили на второй стент «double pig-tail». Аналогичная установка назокистозного дренажа потребовалась в одном наблюдении при выраженных воспалительных изменениях ППК, что потребовало ее промывания. Установить два «double pig-tail» стента не удалось в одном наблюдении. Среднее время послеоперационного пребывания в стационаре в группе пациентов с одномоментной установкой двух стентов — 3–4 суток. Выздоровление наступило у всех пациентов, рецидивов не отмечено.

**Заключение.** Таким образом, ЭТГД продемонстрировало свою эффективность и безопасность в лечении ППК у детей.

**Ключевые слова:** псевдокиста; поджелудочная железа; эндоскопия; трансгастральное дренирование.