Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

Бозова Евгения Юрьевна

**Операции внутреннего дренирования в лечении псевдокист поджелудочной железы**

14.01.17 – хирургия

Диссертация на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,

профессор Е.М.Мохов

Тверь – 2015

**Содержание**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Введение** | | | **4** |
| **Глава 1. Современные представления о лечении постнекротических кист поджелудочной железы и отдаленных результатах хирургического лечения (обзор литературы)** | | | **10** |
| **Глава 2. Материалы и методы исследования** | | | **36** |
|  | * 1. Общая характеристика больных | | **36** |
|  | * 1. Методы инструментальной и лабораторной диагностики | | **39** |
|  | * 1. Методики операций | | **43** |
|  |  | * + 1. Формирование цистогастроанастомоза | **43** |
|  |  | * + 1. Формирование цистодуоденоанастомоза | **45** |
|  |  | * + 1. Формирование цистоеюноанастомоза | **46** |
|  | * 1. Методики оценки результатов операций | | **46** |
| **Глава 3. Ближайшие и отдаленные результаты дренирующих операций при ложных кистах поджелудочной железы** | | | **57** |
|  | 3.1. Ближайшие результаты дренирующих операций при ложных кистах поджелудочной железы | | **57** |
|  | 3.2. Отдаленные результаты операции внутреннего дренирования псевдокист поджелудочной железы | | **63** |
| **Глава 4. Коморбидный фон и качество жизни больных до и после операции** | | | **70** |
|  | 4.1. Оценка коморбидности и трудовой активности пациентов | | **71** |
|  | 4.2. Оценка болевого синдрома | | **76** |
|  | 4.3. Оценка трофологического статуса | | **79** |
|  | 4.4. Оценка качества жизни с помощью опросника SF-36 | | **83** |
| **Заключение** | | | **92** |
| **Выводы** | | | **96** |
| **Практические рекомендации** | | | **97** |
| **Список сокращений и условных обозначений** | | | **98** |
| **Список литературы** | | | **99** |
| **Список иллюстрационного материала** | | | **141** |
| **Приложения** | | | **144** |

**Введение**

**Актуальность проблемы**

Ложная киста поджелудочной железы (ПЖ) – серьезное и хорошо описанное осложнение панкреатита, которое в 5–70 % наблюдений возникает после ОП и в 30% – сопутствует ХП [48]. Согласно утвержденной в Атланте в 1992 г. классификации, в течение первых 4–6 недель с момента возникновения острого панкреатита (ОП) при выявлении панкреатогенного жидкостного образования рекомендуется использовать термин «Acute Fluid Collections» (острые жидкостные скопления). Острой кистой считают жидкостное образование, возникшее после эпизода ОП и существующее более 6 недель. Хроническая киста, согласно этой же классификации – это скопление панкреатического сока, ограниченное стенкой из фиброзной или грануляционной ткани, возникающее как следствие хронического панкреатита (ХП) [1, 98]. Некоторые авторы считают, что в 70% случаев происходит спонтанное разрешение панкреатических кист, однако большинство исследователей отмечает их самопроизвольное исчезновение только в 9% наблюдений [111, 144]. [Kim K.O](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Kim+KO%22&restrict=All+results)., [Kim T.N](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Kim+TN%22&restrict=All+results)., имея опыт консервативного лечения 68 пациентов с псевдокистой (ПК), считают, что ждать и наблюдать следует не менее 6 мес., показав что за этот срок ПК уменьшались в размерах или исчезали в 77,9% и не изменились в 1,5% наблюдений [192]. Болевой синдром и риск возникновения жизнеугрожающих деструктивных осложнений определяют активную хирургическую тактику в лечении панкреатической ПК [19, 22]. Хирургический способ лечения при кистах ПЖ и парапанкреатической клетчатки, по мнению большинства авторов, остается методом выбора [5, 22, 204].

В последнее время проблемы хирургической панкреатологии в значительной мере пересматриваются в связи с разработкой и внедрением в клиническую практику новых малоинвазивных методов хирургического лечения – эндоскопических и чрескожных, выполняемых под контролем современных инструментальных способов наведения. В настоящее время эти методы получили широкое применение в хирургии ПЖ. Однако, как традиционные, так и малоинвазивные вмешательства имеют свой диапазон возможностей, поэтому требуют дифференцированного подхода и определения показаний и противопоказаний. Характер и объем оперативного вмешательства зависят от этиологии кисты, наличия или отсутствия ее осложнений [5]. Вопросы выбора наиболее совершенных способов малоинвазивной хирургии, взаимоотношений между ними и методами традиционной хирургии, находятся в центре дискуссий хирургов, эндоскопистов, рентгенологов, специалистов по эндохирургии, которые в отношении лечения панкреатических ПК часто высказывают полярные мнения и дают диаметрально противоположные рекомендации [23, 49].

Несмотря на относительно большой зарубежный опыт лапароскопических и эндоскопических внутренних дренирований панкреатических кист, включающий NOTES® технологии, с низкими цифрами послеоперационных осложнений и рецидивов, традиционное внутреннее дренирование кисты остается простым и эффективным способом ее лечения [6, 64, 242]. Различные анатомические характеристики ложных кист не позволяют выбрать универсальный подход к способу внутреннего дренирования. В отечественной литературе описано сравнительно небольшое совокупное число наблюдений внутреннего дренирования ложной панкреатической кисты (прямого – гастро - и дуоденоцистостомии и шунтирующего – еюноцистостомии с выключенной петлей тощей кишки). При этом остаются недостаточно изученными отдаленные результаты таких вмешательств, а также качество жизни и коморбидный фон у данной категории больных [12, 27, 29, 50, 54].

Цель хирургического лечения не всегда может быть решена с помощью одномоментного оперативного вмешательства, в связи, с чем во многих случаях приходится расчленять лечение на два или несколько этапов, прибегая к выполнению многоэтапных вынужденных или запланированных хирургических процедур, осуществляемых как лапаротомным доступом, так и средствами малоинвазивной хирургии. [5, 115]

К сожалению, в настоящее время отсутствуют четкие объективные критерии, позволяющие выбрать оптимальную хирургическую тактику лечения ложных кист ПЖ. Отсутствие дифференцированного подхода к их лечению нередко приводит к необоснованному применению малоинвазивных способов или выполнению неадекватного по объему лапаротомного вмешательства.

Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности проблемы, которой посвящено настоящее исследование.

**Цель исследования:** повышение эффективности хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы методом внутреннего дренирования. **Основные задачи исследования**

1. Сопоставить ближайшие результаты операций прямого и шунтирующего внутреннего дренирования ложных кист поджелудочной железы.
2. Дать оценку отдаленным результатам сравниваемых видов дренирующих вмешательств; выявить наиболее часто встречающиеся осложнения.
3. Изучить качество жизни больных до и после операций прямого и шунтирующего внутреннего дренирования псевдопанкреатических кист.
4. Исследовать коморбидный фон больных с ложными кистами поджелудочной железы до и после выполнения сравниваемых хирургических вмешательств.

**Научная новизна**

На большом клиническом материале прослежены ближайшие и отдаленные результаты операций внутреннего дренирования псевдокист поджелудочной железы. Упорядочен диагностический алгоритм при выборе способа внутреннего дренирования. Осуществлено сравнение эффективности использования прямого и шунтирующего дренирования кисты. Изучено качество жизни больных до и после дренирующих операций с анализом многочисленных факторов, влияющих на его показатели. Показана сопряженность коморбидного фона и социально-экономических факторов с результатами лечебных мероприятий, проводимых изучаемому контингенту больных.

**Практическая значимость**

Результаты исследования могут быть использованы в деятельности хирургических стационаров, занимающихся лечением пациентов с заболеваниями поджелудочной железы. Выявлено, что при ложных кистах поджелудочной железы в достаточной степени эффективны традиционные (открытые) операции их внутреннего дренирования (формирование цистодигестивных анастомозов). Установлено, что для объективной оценки итогов лечения рассматриваемой категории пациентов необходимо изучение его отдаленных результатов и качества жизни оперированных больных. Показано положительное влияние на результаты хирургического лечения больных учета их коморбидного фона и поведенческих стереотипов.

**Внедрение результатов исследования**

Результаты исследования используются в работе отделения гнойной хирургии ГБУЗ ОКБ г. Твери и в учебном процессе на кафедре хирургических болезней последипломного образования ГБОУ ВПО «Тверской ГМУ» Минздрава России.

**Личное участие автора в выполнении исследования**

Автор принимал участие в хирургических вмешательствах в качестве ассистента, самостоятельно выполнял операции, изучил и проанализировал архивный материал, осуществлял обследование и анкетирование пациентов.

**Апробация работы и публикации**

Результаты работы докладывались на научно-практической конференции врачей России «VI Успенские чтения», г. Тверь, 2013 г.; на заседаниях Тверского регионального отделения Российского общества хирургов, 2012г., 2013 г., 2014 г.; на 72-й Всероссийской итоговой конференции молодых ученых г. Москва, 2013 г., на 30th ESRA Congress, г. Дрезден, 2011г., на 31th ESRA Congress, 2012 г., г. Париж. По теме диссертации опубликовано 32 печатных работ, в том числе 4 в журналах, учитываемых ВАК РФ, и 7 – в иностранной литературе. Получен патент РФ на изобретение «Способ предоперационной подготовки больных с хроническим панкреатитом и выраженным болевым синдромом» № 2479323 от 20.04.2013г.

**Объем и структура диссертации**

Диссертация изложена на 153 страницах машинописного текста и состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, приложения и указателя литературы, включающего 56 отечественных и 277 зарубежных публикаций. Работа иллюстрирована 3 рисунками и 33 таблицами.

**Положения, выносимые на защиту**

1. При выборе способа внутреннего дренирования псевдокисты поджелудочной железы следует руководствоваться анатомическим положением кисты и состоянием ее стенки.
2. По числу осложнений раннего послеоперационного периода прямое дренирование кист поджелудочной железы дает лучшие результаты, чем шунтирующее.
3. При кистах поджелудочной железы возникших в результате ранее перенесенного острого панкреатита показано прямое дренирование, при кистах на фоне хронического панкреатита – шунтирующее.
4. Основными осложнениями в отдаленном послеоперационном периоде являются рецидив кисты и болевого синдрома. Рецидив кисты чаще возникает после прямого дренирования, рецидив болевого синдрома - после шунтирующего.
5. Качество жизни после хирургического вмешательства улучшается у всех оперированных больных. Отмечается связь отдаленных результатов операции с коморбидным фоном и степенью трудовой активности пациентов.

**Глава 2**

1. **Современные представления о хирургическом лечении ложных кист поджелудочной железы и его ближайших и отдаленных результатах (обзор литературы)**

Интерес к панкреатическим ПК отражен в большом количестве опубликованных за последние десятилетия работ, освещающих применение высокотехнологичных методов лечения и новых диагностических средств. При этом отсутствует единое мнение о выборе хирургического подхода, отмечается неудовлетворенность хирургов отдаленными результатами операций и непредсказуемость прогноза. Все это определяет актуальность, социально-экономическую значимость и целесообразность дальнейшего изучения данной проблемы [239].

Киста (греч. kistis - пузырь) - патологическая полость, располагающаяся в органах и имеющая стенку, а в просвете - различного рода содержимое [15]. Истинная распространенность кист ПЖ неизвестна, [Khalid A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Khalid%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=17764489). и соав. считают, что, по крайней мере, 1% пациентов, при поперечном сканировании будут иметь кистозные поражения ПЖ [187]. Выполнив 300 аутопсий, [Kimura W](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kimura%20W%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=8708390). и [соав.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Nagai%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=8708390) обнаружили кисты ПЖ в 24,3% случаях [194]. До недавнего времени считалось, что 75% обнаруживаемых панкреатических жидкостных образований являются ПК, возникающими под влиянием на ПЖ различных факторов воспалительно-дегенеративного характера [114, 276]. Сегодня такая точка зрения не считается верной. Так [Zhang X.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Zhang%20XM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=11997566) с соав., проведя обследование 1444 человек с использованием МРТ, выявили кисту ПЖ у 19,6%, при этом в 83,8% случаях диаметр обнаруженного жидкостного образования был менее 10 мм, а сопутствующий панкреатит отметили только 26,5% пациентов [165, 330]. В более масштабных исследованиях (24039 человек), встречаемость кисты ПЖ составила 1,2-2,4%, тогда как ассоциация с перенесенным в прошлом панкреатитом 42% [118, 198, 281].

[Walsh R.M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Walsh%20RM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=16269295). и соав. сообщили, что в 64% случайно обнаруженные кисты носят не уточненный характер, а [Fernández-del Castillo C](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Fern%C3%A1ndez-del%20Castillo%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=12686529). с соав. показали, что 42% клинически «немых» кист при длительном наблюдении имеют предраковый характер [132, 313]. По данным других авторов, при истинном характере кисты атипия имеет место в 6,4%, а малигнизация в 3,4-60% наблюдений [160, 194, 281, 288, 324].

Таким образом, обнаруживаемые кистозные образования ПЖ требует тщательного клинического анализа, четкого диагностического алгоритма с уточнением морфологического типа ПК, при этом панкреатическая ПК требует особой лечебной стратегии, имеет определенный прогноз, что в нозологическом контексте позволяет ей занять самостоятельное место [46, 79, 81, 232].

При оценке характера жидкостного образования в пользу ложной кисты свидетельствуют перенесенные воспалительные и травматические повреждения ПЖ. Наиболее часто появлению псевдокисты предшествует ОП, в настоящее время прочно закрепившийся на втором месте в структуре пациентов экстренно госпитализированных в хирургические стационары РФ [10, 11, 16, 109, 252]. Согласно определениям согласительной конференции 1992 г. в Атланте, **ложная киста (Acute pseudocyst)**  является скоплением панкреатического сока, окруженного стенкой из фиброзной или грануляционной ткани, возникающим после приступа ОП спустя 4 и более недель от начала заболевания. В большинстве случаев постнекротическая киста носит экстрапанкреатический характер, развиваясь на месте обширных по протяженности и глубине некрозов панкреатической ткани или забрюшинной клетчатки, и редко – с иной локализацией (в средостении, малом тазу или печени) [62, 226, 189].

По оценке [Bradley E.L.,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bradley%20EL%203rd%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=8489394) любые формы ОП в 2 – 10% случаев завершаются кистообразованием [45, 80, 98]. Как полагают, основным механизмом ее образования является повреждение главного панкреатического протока (ГПП) или разрушение его ветвей с последующим депонированием богатого ферментами секрета внутри воспалительного фокуса [26, 31, 73]. Данная теория подтверждена эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографией (РХПГ), демонстрирующей связь между ГПП и псевдокистой в 80% случаев [87].

Посттравматический панкреатит, составляющий 3–13% среди других форм панкреатита, также сопровождается возникновением ПК [15, 51, 53, 71, 97, 113, 119, 173, 247, 256]. Описанные другие причины кистообразования: волчанка, химиотерапия [77, 162,196, 309, 304].

Хронический панкреатит (ХП), имеющий в мире заболеваемость 3-4 случая на 100 тыс. населения в год осложняется образованием ложных кист в 16-40% наблюдений [35, 36, 100]. Патогенетические механизмы возникновения ПК при ХП разнонаправлены: ретенционные кисты вследствие некроза и перфорации распространяются за пределы протоковой системы, принимая морфологические черты ПК, а постнекротические ПК с течением времени могут частично покрывать рубцовую ткань цилиндрическим, кубическим или плоским эпителием [22].

В результате выделяют два основных механизма формирования псевдокист ПЖ. При ОП, псевдокисты образуются в результате скопления экссудата вокруг некротических тканей ПЖ. При хроническом, вследствие обтурации панкреатических протоков и скоплением секрета [55].

На сегодняшний день, ряд отечественных и зарубежных исследователей выводят панкреатическую ПК в отдельную форму ХП, считая, что вне зависимости от причин и механизмов, вызвавших ее появление, последняя приобретает самостоятельное клиническое значение, отодвигая на задний план сопутствующие изменения в ПЖ.

Существующие классификации панкреатических кист в большинстве своем учитывают этиологические, морфологические и клинические характеристики, что имеет определенное значение в выработке лечебной схемы.

Карагюлян Р.Г. (1972г.) выделяет четыре стадии формирования постнекротической кисты ПЖ (таблица 1) [55].

Таблица 1

Стадии формирования псевдокисты ПЖ Карагюлян Р.Г. (1972г.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стадия | Характеристика | Длительность заболевания, мес. |
| I | Образование в сальниковой сумке, заполненное экссудатом, вследствие перенесенного острого панкреатита | 1,5-2 мес. |
| II | Появление рыхлой капсулы в окружности сформировавшейся псевдокисты | 2-3 мес. |
| II | Завершение формирования фиброзной капсулы псевдокисты, прочно сросшейся с окружающими тканями | 6-12 мес. |
| IV | Образование обособленной псевдокисты, легко выделяющейся из спаек с соседними органами | 12 и более мес. |

Вилявин Г.Д., в 1977 г., предложил классификацию кист с учётом таких важных факторов, как особенности клинического течения кисты, исходного заболевания ПЖ, на фоне которого произошло формирование кисты, степени «зрелости» кисты, варианта расположения кисты по отношению к элементам железы и соседним органам, наличия и характера вторичных осложнений [15]. Данилов М. В. и Федоров В. Д. в основу предложенной ими классификации положили причину и механизм кистообразования, особенность морфологии и клиническую форму течения заболевания, и, главное, применяемую хирургическую тактику [22].

Согласно утвержденной в Атланте в 1992 г. (таблица 2) классификации панкреатических скоплений жидкости выделяют 5 видов скоплений [96].

Таблица 2

Классификация панкреатических скоплений жидкости (Атланта, 1992г.)

|  |  |
| --- | --- |
| Термин | Определение |
| Острое скопление жидкости | Скопление богатого энзимами панкреатического секрета, происходящее в течение первых 48 часов от начала приступа острого панкреатита, локализующееся вблизи ПЖ. Четко определяемая стенка из грануляционной или фиброзной ткани отсутствует. |
| Панкреонекроз (ранний) | Диффузная или фокальная зона невидимой панкреатической паренхимы > 30% железы при контрастной КТ, которая типично связана с перепанкреатическим жировым некрозом. |
| Организовавший (поздний) панкреонекроз | Эволюция острого некроза в частично инкапсулированное, хорошо ограниченное скопление панкреатического сока и некротических масс. |
| Острая киста | Скопление панкреатического сока, ограниченное стенкой неэпителизированной грануляционной ткани, возникшее как следствие острого панкреатита, требующее как минимум 4 недели для формирования, без большого количества твердых масс. |
| Хроническая киста | Скопление панкреатического сока, ограниченное стенкой фиброзной или грануляционной ткани, возникающее как следствие хронического панкреатита. |
| Панкреатический абсцесс | Ограниченное интраабдоминальное скопление гноя, обычно вблизи ПЖ, содержащее незначительное количество или не содержащая вовсе панкреатического некроза, возникающее вследствие панкреонекроза или травмы. |

Вместе с этим Pour P.M. показал, что гистологическое строение стенки ПК не зависит от этиологии и не имеет заметных различий при алкогольном, желчнокаменном и идиопатическом панкреатите. Несмотря на одинаковую гистологическую картину стенки кисты, возникшей на почве ОП или ХП, при выборе способа хирургического вмешательства прогностически важным явилось уточнение типов взаимоотношений ПК и ГПП [253]. Такая позиция нашла отражение в предложенной [D'Egidio A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=D'Egidio%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=1913122)., [Schein M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Schein%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=1913122). (1991г.) классификации с разделением кист на 3 группы: постнекротическая киста после ОП с нормальной структурой ПЖ (I тип), постнекротическая киста с расширенным ГПП на фоне существующего ХП (II тип) и ретенционная киста на фоне расширенного ГПП, имеющего стриктуры (III тип) [58,120, 145, 250]. Дальнейшее развитие этого направления позволило в 2002 г., на основании ретроградной холангиопанкреатографии, выделить в зависимости от патологической анатомии ГПП уже 7 типов панкреатических ПК [228].

Панкреатические ПК не имеют специфической клинической картины и отличаются полиморфизмом: от бессимптомных, случайно выявленных при поперечном сканировании, до доминирующих с выраженным болевым синдромом, мальдигестией и присоединившимися осложнениями, обусловленными влиянием на соседние органы и структуры [7, 47, 133, 328]. По данным литературы, размеры кист могут варьировать по содержанию в них жидкости от 50 мл до 6-8 л [273]. Риск развития осложнений ПК составляет около 10% и включает обструкцию желчевыводящих протоков; сдавление двенадцатиперстной кишки; некроз желудка; разрыв или перфорацию кисты в средостение, в желудок, толстую кишку; компрессию, разрыв или тромбоз портальных вен, псевдоаневризму; кровотечение, вирсунгораггию; панкреатический асцит; инфицирование; малигнизацию; повышение внутрибрюшного давления; компрессию нижней полой вены [7, 43, 70, 81, 83, 92,93, 104, 110, 123, 129, 142, 161,176, 180, 195, 232, 258, 296, 309]. Вместе с тем потенциал возникновения тех или иных осложнений напрямую не связан ни с размером, ни с локализацией кисты и чаще является непрогнозируемым [22].

Анализ жалоб, анамнестических сведений и физикальный осмотр не всегда способствуют установлению правильного диагноза [328]. Под видом жидкостного образования в проекции ПЖ может быть как простое скопление жидкости в сальниковой сумке, так и злокачественное кистозное новообразование [268]. Более того, ХП является значительным фактором риска возникновения рака ПЖ, и две патологии могут сочетаться в 5-10% случаев [240, 300]. В плане дифференциальной диагностики определенную ценность имеет исследование уровня раковоэмбрионального антигена (РЭА) крови и С19-9 [213, 280]. Рутинные анализы в выявлении ложной кисты ПЖ имеют лишь вспомогательное значение [121].

Наиболее простым и распространенным методом лучевой диагностики, используемым на протяжении последних 30 лет, является трансабдоминальная ультрасонография (УЗИ), чувствительность УЗИ при обнаружении ПК составляет от 75% до 90% [151]. Однако его недостатком является относительно низкие разрешающие возможности в топографической оценке, в силу чего исследование скорее приемлемо в качестве первоначального диагностического звена [19]. В то же время интраоперационное применение УЗИ в выявлении характера поражения ПЖ является более значимым, чем КТ, МРТ, РХПГ и Эндо-УЗИ [274]. Дополнительное использование внутривенного контрастного вещества Sonovue® повысило чувствительность УЗИ до 94,0%, специфичность до 96,9% [85, 186, 308, 323, 332]. В настоящее время внедрен метод ультразвуковой визуализации с усиленным акустическим импульсом Acoustic Radiation Force Impulse, диагностическая точность которого при определении злокачественных новообразований составляет 78% [125]. С целью выявления связи кисты ПЖ с ГПП Ачкасов Е.Е. рекомендует использовать пункцию кисты под контролем УЗИ с анализом амилазы жидкости [7].

В дифференциальной диагностике острого скопления жидкости, абсцесса и псевдокисты используется эндосонография (Эндо-УЗИ), которая имеет высокую чувствительность (от 93% до 100%) и специфичность (от 92% до 98%) [112,188, 203, 208, 209, 211, 275].

Увеличивается также частота использования РХПГ, что позволяет снизить показания к оперативному лечению в 50% случаев [190, 322]. При этом риск осложнений и инфицирования кисты составляет 5-40% [92, 206, 208, 310].

КТ визуализация является методом выбора с чувствительностью 82-100% и специфичностью 98% [20].  Дополнительное использование КТ в мультиспиральном режиме позволяет оценивать степень поражения ПЖ, диагностировать вазальные осложнения и учитывать сосудистую архитектонику при планировании хирургического вмешательства [191, 255].

Использование МРТ практически не имеет дополнительных диагностических преимуществ перед КТ, имея точность в 57% [72, 168, 181, 212, 269, 267, 311]. [Irie H](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Irie%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=10789803). с соав. утверждают, что МРТ ХПГ имеет большее значение при дифференциальной диагностике злокачественных кистозных поражений [169]. В последние годы появились сообщения о гибридных процедурах, уточняющих прижизненную морфологию панкреатических кистозных поражений путем когерентной оптической томографии и конфокальной эндомикроскопии [166, 167].

На сегодняшний день остается до конца неизученным прогноз при обнаружении ПК. Справедливо заметили, что появление УЗИ и КТ привело к изменению традиционных подходов в лечении ПК, породив новые заблуждения. Warshaw A.L., Rattner D.W., проведя сравнительный анализ 42 больных показали, что исчезновение кисты наблюдалось только в 7% случаев после ОП и не наблюдалось вовсе при ХП. Авторы считают, что нецелесообразно длительно наблюдать за ПК при ХП, а ПК, развившиеся после ОП, наоборот требуют наблюдения минимум в течение 6 недель, для возможно спонтанного разрешения или созревания стенки кисты [192, 232, 315]. Другие исследователи приводят менее оптимистичные результаты, так возможность спонтанного разрешения панкреатической ПК равна 28%. При этом факторами, отрицательно влияющими на такую вероятность, явились начальный размер кисты, прогрессивный рост, множественные кисты и наличие кальцификации [69, 76, 200].

[Gouyon B](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Gouyon%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=9462217)., проведя многофакторный анализ 90 больных с алкогольным ХП, показали, что предикторами возможного регресса кисты являются размеры менее 4 см и интрапаренхиматозное ее расположение [144, 230]. Проанализировав 90 случаев ПК, Handrich S.J. с соав. пришли к заключению, что этиология панкреатита может влиять на течение кисты. Спонтанное разрешение произошло в течение 8 недель у 11% пациентов - в 9% после перенесенного ОП и в 15% при ХП. При билиарном и посттравматическом панкреатите случаев исчезновения кист не было вообще [152]. Наблюдая за случайно выявленными кистами ПЖ в течение 9 лет, Yeo C.J. с соав. пришли к выводу что, кисты размерами до 2 см могут медленно увеличиваться, однако осложнения или летальность от такого рода кист маловероятны, и наиболее безопасным является динамическое наблюдение [326]. В других работах показано, что условиями, препятствующим исчезновению ПК, являются зрелый характер и толстые стенки, связь с ГПП, дистальная локализация, прогрессивный рост, стриктура ГПП, размер кисты свыше 5 см и длительность существования свыше 6 недель [69, 204, 214, 227, 315, 135, 326]. Аргументом в пользу оперативного лечения, по данным [Ueda J](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ueda%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22989892)., является повышенный риск развития рака ПЖ на почве ХП [21, 300].

После первого описания панкреатической ПК в 1761 г. Морганьи история хирургического лечения насчитывает немногим более 100 лет и начинается сообщением Le Dentu, который впервые в 1862 г. пунктировал через брюшную стенку полость ПК. В 1886 г. Lucke выполнил операцию наружного дренирования, оба случая закончились летальным исходом [15, 103]. Bozeman (1881 г.), Kulenkampf (1882 г.), Thiersh (1881 г.), делают первые успешные операции по наружному дренированию кист, а Gussenbauer в 1882 г. предлагает марсупиализацию кист ПЖ, ставшей на длительное время основным хирургическим вмешательством [15].

Прогрессивным этапом в развитии хирургического лечения ПК ПЖ стала разработка методов внутреннего дренирования путем создания цистогастроанастомоза (ЦГА), цистодуоденоанастомоза (ЦДА) и цистоеюноанастомоза (ЦЕА). Bassel-Hagen F. (1900 г.) предложил чрезжелудочный доступ для марсупиализации панкреатической ПК с подшиванием ее стенок в желудок [84]. Jedlicka в 1921 г. описал метод частичного иссечения ПК с наложением заднего ЦГА [251]. Jurasz (Юраш) в 1931 г. изменил технику операции, рассекая переднюю стенку желудка и формируя соустье кисты с задней его стенкой [178, 136]. Первую (неудачную) цистодуоденостомию описал Ombredanne (1911г.). ЦЕА, предложенный Henle в 1923 г. в модификации соустья с выключенной из пищеварения тонкокишечной петлей по Brown или Roux (Konig, 1946 г.) получил широкое распространение [15].

Современное развитие медицины позволило в 1975 г. [Rogers B.H](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Rogers%20BH%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=1112474). с соав. впервые описать эндоскопическое дренирование ПК в просвет желудка и несмотря на то, что через 3 дня киста вновь заполнилась жидкостью, публикация положила начало новому направлению в развитии малоинвазивной хирургии панкреатических ПК [260]. Kozarek R.A. с соав. сообщили уже о 4 случаях, а в 1988 г. публикуются первые результаты 8 внутренних трансгастральных дренирований под контролем ультразвука [157, 197]. Эндоскопическое внутреннее дренирование при ПК ПЖ впервые произведено в нашей стране в 1978 г. Галингером Ю.И. В настоящее время эндоскопическое дренирование ПК ПЖ выполняется либо в виде ЦГА, либо ЦДА как под контролем эндосонографии так и без нее.

Следующим этапом в развитии хирургического лечения кист ПЖ стало прогрессивно внедрение в практику лапаросокпических технологий. Так, впервые в 1994 г. Gagner M. и независимо Way L.W. с соав. опубликовали сообщения о формировании ЦГА лапароскопическим доступом [137, 317]. Trias M. с соав. в 1995 г. для этой цели стали использовать степплерный механический шов, а Meltzer R.C. и Amaral F. в 1994 г. описали первый опыт использования трансгастрального доступа [218, 298].

Morino M. с соав. предложили в 1995 г. для формирования соустья использовать «задний доступ», в 1999 г. его усовершенствовали Park A. [74, 94, 116, 224, 243, 264]. [Smadja C](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Smadja%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=10522534). с соав., применив «передний» и «задний» доступы, отдали предпочтение последнему, имеющему, по их мнению, лучшую визуализацию, отличающемуся безопасностью и возможностью взятия большего количества биопсийного материала [278]. Другие хирурги предложили комбинированный лапароэндоскопический вариант операции [156, 205]. [Bansal V.K](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bansal%20VK%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22318076). с соав. удачно использовали лапароскопический ЦГА на 13 неделе беременности [74]. Помимо хорошо описанных осложнений при стандартных вмешательствах на ПЖ, при новом методе отмечаются необычные осложнения в виде напряженного пневмоперитонеума, воздушной сердечной эмболии, разрыва селезенки, кровотечения, перитонита [61, 177, 193, 202, 254].

В настоящее время не существует четкого консенсуса по лечению псевдокист ПЖ и зачастую окончательное принятие решения в пользу того или иного способа основано на личном опыте оперирующего хирурга [82, 232]. Изначально лечебный подход предполагал консервативные мероприятия, поскольку считалось, что до 60% кист может полностью самостоятельно исчезнуть в течение года под влиянием диеты, ферментов [326, 291, 175, 227]. Впоследствии [Gullo L](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Gullo%20L%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=1678802). и [Barbara L](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Barbara%20L%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=1678802). показали значимый эффект при терапии октреотидом на протяжении 2 недель только у 42% больных [148, 287].

Резистентный к медикаментозной терапии болевой синдром, другие осложнения и не уточненная морфологическая характеристика кисты являются показанием к инвазивным вмешательствам [147, 175, 204, 326, 68, 117, 232].

В качестве способов лечения кисты могут применяться чрескожное или эндоскопическое дренирование, внутренний и наружный дренаж, резекция ПЖ [291, 175, 88]. В последнее десятилетие отмечается достаточно серьезные изменения в хирургических подходах при лечении ПК ПЖ [37, 82].

Соотношение видов применяемых вмешательств у различных авторов неодинаково. Так [Talar-Wojnarowska R](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Talar-Wojnarowska%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20698240). и соав. считают, что у 56,8% больных с ПК достаточно терапевтического лечения, у 27,1% - эндоскопические процедуры, у 10,8% – чрескожное дренирование, у 18,9% - о традиционное хирургическое лечение [291]. [Johnson M.D](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Johnson%20MD%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19077728). с соав. проводили хирургическое лечение у 49% больных, у 39% из них использовался эндоскопический вариант, а у 11% киста разрешилась с помощью чрескожного дренажа [175].  Другие авторы находят показания к такому способу дренирования всего у 3-12% пациентов, при этом большие симптомные ПК не являются противопоказанием [291, 175, 246, 117].

Чрескожное дренирование ПК по сути является вариантом наружного дренирования и выполняется под УЗИ, КТ и рентген контролем [42]. В работе [Nealon W.H](http://ukpmc.ac.uk/search/;jsessionid=uK6aYmwU1u40jkd7R13s.0?page=1&query=AUTH:%22Nealon+WH%22&restrict=All+results). с соав., охватывающей опыт лечения 563 больных с ПК, показано, что чрескожное дренирование было успешным в 83% при поражении I типа, в 49% – при поражении II типа, и было невозможным при поражении III или IV типа [227].

[Van Sonnenberg E](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=vanSonnenberg%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=2644662). с соав., имея опыт чрескожного дренирования 101 ПК ПЖ у 77 пациентов, получили обнадеживающие результаты: полное исчезновение кисты достигнуто у 90,1% больных, при средних сроках нахождения дренажа 19,6 дней. При этом осложнения имелись в 5,9% случаев, а необходимость последующего внутреннего дренирования наблюдалась только в 7,8% [305, 329, 225,149]. По данным Ачкасова Е.Е. возможно пункционное излечивание нагноившихся ПК ПЖ объемом до 200 мл без секвестров [9]. Противоположного мнения придерживаются [Criado E](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Criado%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=1411884). с соав., считающие что чрескожное дренирование нельзя рассматривать в качестве окончательного, и использовать его следует только в индивидуальных случаях при тщательном отборе пациентов [115, 282, 246, 204, 15, 263,215].

При изучении литературы остался неясным вопрос, достаточно ли при чрескожном дренировании установки в кистозную полость только дренажа или необходимо дополнительное введение в ее просвет химических веществ, к примеру, этанола или фибринового клея [140,199, 325,122, 320].

Некоторые авторы пошли в технических решениях еще дальше, установив под местной анестезией и контролем рентгеноскопии двойной дренаж по типу «pigtail», сформировав таким образом чрескожный ЦГА, на фоне которого отмечена успешная редукции ПК в 87,5% случаев [68]. [Will U](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Will%20U%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21259182). с соав. сообщили о 96,9% положительных результатов трансмуральных дренирований ПК под УЗИ наведением, считая метод безопасным при повседневном использовании [321]. [Curry L](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Curry+L%22). также показали эффективность вмешательства, однако у 16,7% развилось инфицирование кисты [161].

Развитие технологий позволило использовать естественные отверстия (NOTES) и внедренные NOTES® технологии открывают новые пути в лечении панкреатических кист [261, 242, 154, 262].

[Mönkemüller K.E](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=M%C3%B6nkem%C3%BCller%20KE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=9717788). с соав. в 1998 г. сообщили о 94 пациентах, у которых в 95,3% оказалось возможным эндоскопическое трансгастральное дренирование [220]. [Chahal P](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Chahal%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=17332952). с соав. в 2007 г. опубликовали схожие результаты, однако они изменили технику создания анастомоза путем расширения пункционного отверстия методом баллонной дилатации, что позволило понизить уровень осложнений до 4,2% [106]. [Sahel J](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sahel%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=3628239). и соав. сообщили о формировании 20 эндоскопических ЦДА с 1% летальности [266]. Исключить осложнения удалось [Weilert F](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Weilert%20F%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22791588). с соав., дренируя ПК у 18 больных путем использования саморасширяющихся металлических стентов [318, 295]. Nychytaĭlo M. с соав. сообщили о результатах эндоскопического лечения 42 пациентов с  ПК ПЖ, у 7 (16,7%) пациентов имели место осложнения и  у 3(7,1%) – рецидив ПК [234]. [Seewald S](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Seewald%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19691738). с соав., [Giovannin M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Giovannini%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15555960). считают, что риск возможных осложнений при эндодренировании можно свести к минимуму при условии локализации жидкостного скопления в 1 см от просвета желудочно-кишечного тракта, имеющего зрелую стенку [271, 141]. По данным [Lerch M.M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lerch%20MM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19890418). с соав., эндоскопическое дренирование ПК эффективно в 79,2%, с риском осложнений в 12,9% [204]. [Itoi T](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Itoi%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19691736). с соав. считают более безопасным использование двухпроводной методики стентирования в просвет желудка и через нос, при этом полное исчезновение ПК наблюдается всего в 38,5% [172]. Проведенное в 2009 г. рандомизированное двойное слепое исследование сравнительной эффективности эндоскопического промывания 80% этанолом и физиологическим раствором показало эффективность использования этилового спирта у 33% больных [122, 139, 236].

Эндо-УЗИ расширяет возможности метода за счет топического контроля и позволяет проводить эндоскопическое дренирование кист, даже при наличии билиарной гипертензии, дуоденального стеноза или нестандартных ситуациях: эндоскопическое дренирование ПК средостения через пищевод, бицистогастростомия, цистоеюностомия после гастрэктомии или бариатрического гастрошунтирования [177, 143, 216, 171, 201, 297, 289, 279, 52, 61, 257,307]. Вместе с тем при использовании данной методики описаны достаточно необычные осложнения, например, кардиальная воздушная эмболия [177]. Немаловажную роль играет выполнение перед эндоскопическим дренированием РХПГ, определяющей целесообразность процедуры и прогноз у 94% [113].

В настоящее время в лечении ПК ПЖ, помимо трансмурального эндоскопического дренирования, может использоваться транспапиллярное дренирование кисты. Последний метод является предпочтительным при наличии связи между ГПП и ПК с условием непрерывности ГПП. Наличие больших ПК (> 6 см) или аномалии ГПП допускает сочетания транспапиллярного и трансмурального дренирования [86, 149, 259, 249].

[Park D.H](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Park+DH%22&restrict=All+results). с соав. провели ретроспективное рандомизированное исследование в группе 60 пациентов: Эндо-УЗИ дренирование эффективно в 94% случаев, трансмуральное в 72%, риск развития осложнений равен 7% и 10% соответственно. В ближайшем периоде редукция ПК возникает в 97% эндоскопического дренирования и в 91% – чрескожного.  Отдаленные результаты не показали существенных различий в клинических исходах между первой (89%) и второй (86%) группами [245].

ESGE рекомендует эндоскопическое дренирование для лечения не осложненных хронических [ПК ПЖ](http://ukpmc.ac.uk/abstract/MED/22752888/?whatizit_url=http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=%22pancreatic%20pseudocysts%22), которые находятся в пределах досягаемости, а также эндоскопическое дренирование в качестве первой линии терапии (уровень рекомендации A) [126, 245, 129, 40, 175].

Несмотря на публикацию в 2005 г. сводных сведений об уже 569 эндоскопических ЦГА с низкими цифрами послеоперационных осложнений и рецидивов, авторы руководства Американской ассоциации желудочно-кишечной эндоскопии (2005 г.), резюмируя, указывают, что эндоскопическое дренирование должно выполняться при уверенности, что жидкостное образование имеет воспалительный характер [174, 231].

Лапароскопические вмешательства, как новый метод лечения, вероятно, сопоставимы по частоте осложнений и смертности с эндоскопическими методами [204]. [Mori T](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Mori%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=12541038). с соав. в 2002 г. на опыте 17 операций говорят о успехе у 14 пациентов, в 3 случаях выполнена конверсия в связи с кровотечением, в 1 случае потребовалась повторная операция в связи с инфицированием кисты [64, 223, 108, 235]. Другие авторы говорят о техническом успехе в 92% наблюдений, 0% смертности, 9% осложнений, 3% рецидивов с 6,7% конверсий доступа [159, 89]. [Hamza N](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hamza%20N%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19789929). и  [Ammori B.J](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ammori%20BJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19789929). представили 30 серий лапароскопических ЦГА с конверсией в 3,3% случаев, осложнениями в 3,3%, с летальностью 0%, послеоперационный период составил в среднем 2 дня. Наблюдение на протяжении 15 мес. выявило у 7,1% пациентов рецидив заболевания [152].

Вероятно, самым большим опытом выполнения лапароскопических ЦГА располагают индийские хирурги (2008 г.), проведя 108 операций с летальностью 0%, частота конверсий составила 1,8% рецидивов 0,9% [241]. Отдаленные результаты лапароскопических ЦГА представили [Oida T](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Oida%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19262059). с соав. в 2009 г. наблюдая на протяжении 28-86 мес. за 7 пациентами, они не выявили рецидива [94, 237, 184].

Однако следует отметить, что в силу высокой затратности лапароскопическая методика не получала развития в РФ, и на сегодняшний день имеются сообщения о небольших сериях. Так Алферов С.Ю. представляет результаты лечения 8 пациентов лапароскопическим, 11 – эндоскопическим доступами и 3 – минидоступом. При этом у автора наблюдался большой процент осложнений (54,6%), большинство из которых было связано с инфицированием полости кисты [3].

Имеется много сообщений об использовании эндоскопических и лапароскопических процедур при ЦГА, однако обычный открытый хирургический подход также имеет важное значение. Открытое внутреннее дренирование и резекция ПК – это хирургический метод с высоким уровнем успеха (> 92%), а также с более частыми осложнениями (16%) и высокой смертностью (2,5%) [204].

Еще 30 лет назад операции внутреннего дренирования сопровождались достаточно высоким уровнем послеоперационных осложнений. Так [Martin E.W](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Martin%20EW%20Jr%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=507299). с соав., не указывая типа внутреннего дренирования, сообщили о 32% осложнений и летальности 2,2% [215]. В 1979 г. [Löhr-Happe A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=L%C3%B6hr-Happe%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7959208). с соав. сообщили о 76% осложнений после формирования ЦЕА [209]. При ЦГА, ЦДА, ЦЕА в настоящее время средний уровень летальности составляет 2,5%, а частота осложнений – 16%. Метод эффективен в 90-100% случаев, в то время как частота рецидивов составляет от 0% до 12% в течение 96 месяцев послеоперационных наблюдений и зависит от места локализации ПК, а также от этиологии заболевания [263].

[Evans K.A](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Evans+KA%22&restrict=All+results). с соав. на опыте лечения 88 пациентов с ОП или ХП показали ближайшие результаты хирургического лечения (46% пациентов выполнено внутреннее дренирование кисты). Послеоперационная летальность составила 3%, осложнения в виде кровотечения – 16%, раневой инфекции – 13%, респираторных нарушений – 11% [129].

[Kadowaki Y](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Kadowaki+Y%22&restrict=All+results). с соав. представили единичные наблюдения об использовании лапаропротекторов и циркулярных степлеров для лечения инфицированных ПК с помощью минилапаротомии [179]. [Yunoki Y](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Yunoki%20Y%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=10626199). с соав. представили случай успешного использования циркулярного 34 мм степлерного шва для лечения больного с большой ПК [327]. Ачкасов Е.Е. с соав. предлагают выполнять ЦДА на сквозном дренаже с целью уменьшения послеоперационных осложнений [8].

В 1979 г. [Zirngibl H](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Zirngibl%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=6877002). с соав. представили данные внутреннего дренирования 153 панкреатических ПК. Послеоперационная летальность составила 6,8%, после ЦЕА – 5,8%, ЦГА – 0%, ЦДА – 16,7%, послеоперационные осложнения наблюдались у 78%, 5% и 4% соответственно. Частота рецидивов в общей популяции составила 32,6% в течение 56,4 месяцев. Разницы между частотой рецидивов и видом дренирования не было выявлено, тогда как получена корреляция между частотой рецидивов и этиологией кисты (ХП, ОП и травматический панкреатит). Среди пациентов, у которых ПК возникла на фоне ХП, рецидив был выявлен в 41,4% случаев, тогда как при кистах после ОП – в 17,8%. В группе ЦЕА частота рецидивов составила 31,9% при ХП, 43,8% при посттравматическом панкреатите и 8,6% при кистах на фоне ОП. На основании полученных данных авторы пришли к выводу, что внутреннее дренирование ПК ПЖ оправдано при посттравматических ПК и кистах, возникших на фоне ОП, тогда как резекционные вмешательства лучше выполнять при ХП [332].

[Bødker A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=B%C3%B8dker%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7247537). с соав. представили опыт 39 операций внутреннего дренирования ПК ПЖ (ЦГА у 33, ЦЕА у 6 пациентов). Послеоперационная летальность составила 14%: 4 при ЦГА и 0 при ЦЕА. При изучении отдаленных результатов в сроки от 1 года до 11 лет умерло 13% больных. В отдаленном периоде болевой синдром отсутствовал при ЦГА у 75,9%, при ЦЕА – у 83,3% больных. Результаты были лучше у пациентов, которые прекратили, употреблять алкоголь или не употребляли его [90]. В статье приводится обзор литературных данных хирургического лечения 1032 пациентов, из них 638 выполнено внутреннее дренирование с уровнем послеоперационных осложнений 24% и летальностью 5,8% [149].

Parks R.W. с соав. в своем обзоре показали на примере лечения 33 пациентов с острыми или хроническими ПК, что внутреннее дренирование может выполняться безопасно с низкой частотой осложнений (9% серьезных осложнений и 21% незначительных) и летальности при условии тщательного отбора и оптимального обследования пациентов. Хотя минимально инвазивные методы в настоящее время предлагают различные варианты лечения, открытое хирургическое дренирование по-прежнему показано для значительного числа пациентов [246]. Однако ряд исследователей считают возможным использование внутреннего дренирования при инфицированном характере кисты [92, 179].

Резекция является альтернативой процедуре внутреннего дренирования псевдокист на фоне ХП и при наличии интенсивного болевого синдрома, множественных ПК, желудочно-кишечного кровотечения из ПК, обструкции общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки и технической невозможности дренирования ПК, расположенной в крючковидном отростке. Резекция ПЖ может выполняться различными методами, включая частичную левостороннюю резекцию ПЖ с сохранением селезенки, если это возможно, или частичную правостороннюю резекцию ПЖ (процедура Уиппла), пилоросохраняющая ПДР, операция Бегера или Фрея [28,18, 63, 89, 127, 132, 316, 299, 294]. [Park A.E](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Park%20AE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=12170019). и [Heniford B.T](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Heniford%20BT%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=12170019). представили результаты успешных 28 лапароскопической резекции ПК ПЖ у 29 больных[243].

По данным [Usatoff V](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Usatoff%20V%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=11091235). с соав. частота осложнений после резекционных вмешательств по поводу ПК на фоне ХП составила 28%, послеоперационная летальность – 1%, рецидив кисты - 3%, а купирование боли отмечено у 74% пациентов [301].

По данным многих авторов, представлены единичные данные об отдаленных результатах хирургического лечения кист и рецидивов, причем отдаленные результаты прослежены наиболее широко при резекционных вмешательствах и совершенно не затрагивают группы дренирующих вмешательств. По данным [Talar-Wojnarowska R](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Talar-Wojnarowska%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20698240). с соав., общий уровень рецидивов составил 33,3%; по данным [Andersson B](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Andersson%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=16716977). с соав., самый низкий уровень рецидивов был после открытых вмешательств, осложнения возникли в 14%, уровень летальности составил 7% [66, 291]. [Johnson M.D](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Johnson%20MD%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19077728). и соав. показали отличные результаты, не было выявлено различий в частоте осложнений при хирургическом (20%) и эндоскопическом (21%) лечении ПК, частота разрешения ПК составила 93,3% и 87,5% соответственно[175]. По данным Аносенко С.А. в отдаленном периоде частота повторных операций составляет 16,5% [4].

[Ammann R.W](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ammann%20RW%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=6706066). с соав. показали отдаленные результаты лечения 245 пациентов с ХП (период наблюдения 10,4 лет). 53% больных не нуждались в хирургическом лечении, 47% имели рецидивирующий или постоянный интенсивный болевой синдром, связанный с наличием ПК, 22 пациентам выполнено дренирование кисты, 4 – папиллотомия, 24 – дистальная резекция ПЖ, 26 – продольный панкреатоеюноанастомоз. В двух группах оперированных и не оперированных пациентов отмечается одинаковое уменьшение болевого синдрома. В обеих группах длительное купирование болевого синдрома связано с длительностью заболевания и с выраженной дисфункцией ПЖ. Выживаемость в течение 20-24 лет отмечена у 50% больных с алкогольным ХП (с хирургическим вмешательством или без него). Из 245 пациентов 86 погибли, около 20% смертей были связаны с панкреатитом и его осложнениями [65].

В работе Алферова С.Ю. представлены отдаленные результаты лечения 95 больных с кистами ПЖ через 1-8 лет после оперативного вмешательства. Умерло 3,3% больных, у 58,1% больных получены хорошие и удовлетворительные результаты лечения, при этом лучшие результаты получены у больных после резекционных вмешательств (47,5%) по отношению к дренирующим (13,3%), но риск развития сахарного диабета у этих пациентов был выше [2].

В статье [Löhr-Happe A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=L%C3%B6hr-Happe%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7959208). с соав. средний период наблюдения составил 11 лет. У 96% пациентов было достигнуто полное купирование болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде и лишь у 53% – в отдаленном, при этом отказ от употребления алкоголя не способствовал уменьшению боли. Эндокринные нарушения со стороны ПЖ (60%) встречались достоверно чаще, чем экзокринные (38%). Число безработных больных увеличилась с 2 до 41%, в основном в результате прогрессирования панкреатита, 38% пациентов умерли, при этом 14% летальных исходов было связано с ХП [209]. По данным [Lillemoe K.D](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Lillemoe+KD%22). и [Egawa S](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Egawa+S%22). доля рецидивов ПК при резекции хвоста ПЖ или операции Фрея составляет 6% [126, 206].

Не существует ни проспективных, ни рандомизированных исследований для сравнения различных методов лечения больных с ПК ПЖ. По мнению [Andersson B](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Andersson%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=16716977). с соав., отсутствие протоколов в лечении больных с панкреатической ПК приводит к разрозненным методам лечения, поэтому пациенты подвергаются риску получить «субоптимальное» лечение [66].

При оценке результатов дренирования ПК важно разделение технического и клинического успеха. Под первым понимается осуществление доступа и дренирование жидкостного образования, а во втором - ликвидация кисты и отсутствие рецидива. Технический успех хирургического, чрескожного, эндоскопического и трансмурального дренирования под Эндо-УЗИ наведением равны 100%, 84%, 90% и 94% соответственно, а частота осложнений выше при открытых хирургических (28-34% с 1-8.5% уровнем смертности) и чрескожных дренированиях (18% с 2% смертности) по сравнению с эндоскопическими (15% с 0% смертности) и Эндо-УЗИ управляемыми трансмуральными (1,5% с 0% смертности) дренированиями [270, 107, 134].

[Heider R](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Heider+R%22). с соав., проанализировав 66 чрескожных дренирований и 66 открытых хирургического вмешательств, отметили исчезновение ПК после чрескожного дренирования в 42%, а при хирургическом лечении – в 88%. У пациентов с чрескожным дренированием была выше смертность (16% против 0%), более высокая частота осложнений (64% против 27%), и большая длительность пребывания в стационаре (45±5 дней против 18±2 дня). Авторы считают, что роль этого лечения достаточно сомнительна и должна быть оценена при клинических испытаниях [155].

[Morton J.M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Morton%20JM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15623440). c соав., основываясь на материалах национального исследования, охватывающего 14914 случаев лечения кист: путем чрескожного дренирования у 8121 (56%) и хирургического дренажа у 6409 (44%), выявили существенное различие в числе осложнений, продолжительности пребывания больных в стационаре и послеоперационной летальности. Авторы приходят к заключению о том, что внутреннее дренирование ПК ПЖ следует предпочесть чрескожному [225].

В 2009 г. Melman L. с соав.  сравнили лапароскопический (16), эндоскопический (45) и открытый (22) варианты ЦГА, показав в течение 9 мес. отсутствие рецидивов у 87,5%, 51,1 % и 81,2% соответственно. Полученные данные свидетельствовали о сопоставимости результатов лапароскопических и открытых вмешательств [217]. [Lerch M.M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lerch%20MM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19890418). с соав., проведя анализ опубликованных в мировой литературе статей касающихся лапароскопических ЦГА и эндоскопического дренирования показали сопоставимый уровень послеоперационных осложнений и смертности [204].

По данным [Barthet M](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Barthet+M%22). с соав., хирургические методы лечения ПК ПЖ следует рассматривать в случаях, когда технически невозможно выполнить эндоскопические или чрескожные вмешательства. В статье авторы представляют опыт лечения 143 пациентов с ХП. Чрескожное дренирование, по данным авторов, имеет низкий процент осложнений (5%), но высокую частоту рецидивов (57%). Лапароскопическая цистоэнтеростомия сопровождается довольно большим числом осложнений (15,3%). Уровень послеоперационной летальности составил 1,3%, процент рецидивов оказался высоким (27,7%). Общее число осложнений после внутреннего дренирования ПК составило 13,2%, а послеоперационная летальность – 1,3% [76].

Другого мнения придерживаются [Teixeira J](http://europepmc.org/search/?page=1&query=AUTH:%22Teixeira+J%22&restrict=All+results). с соав., считая, что внутреннее дренирование может быть методом выбора при лечении как острых, так и хронических [ПК ПЖ](http://europepmc.org/abstract/MED/14569449/?whatizit_url=http://europepmc.org/search/?page=1&query=%22pancreatic%20pseudocysts%22), при этом более широко должны использоваться малоинвазивные и лапароскопические вмешательства (частота осложнений составила 20%, летальность составила 0%) [292].

[Ito K](http://europepmc.org/search/?page=1&query=AUTH:%22Ito+K%22&restrict=All+results). с соав., показали, что хирургическое лечение, применяемое после неудачных попыток наружного или эндоскопического дренирования, имеет более плохие результаты, чем, если бы оно использовалось в первую очередь. Так, 75 пациентам из 162 после первоначального чрескожного или эндоскопического дренирования требуется хирургическое вмешательство. Отсрочка хирургического вмешательства при лечении ПК ПЖ приводит к увеличению частоты послеоперационных осложнений (47,8%), частоты повторных госпитализаций (24%) и смертности (6,7%) [169].

Newell K.A. с соав. в своей работе попытались сравнить два вида внутреннего дренирования – ЦГА и ЦЕА. Частота рецидивов составила после ЦГА 7%, после ЦЕА – 10%. Послеоперационные желудочно-кишечные кровотечения возникли у 8% пациентов после ЦГА и у 2% – после ЦЕА. Инфекционные осложнения отмечены у 3 пациентов после ЦГА и у 5 – после ЦЕА. Летальные исходы у 2 пациентов группы ЦГА, у 1 - группы ЦЕА. Таким образом, частота послеоперационных кровотечений и абсцессов больше у больных с ЦГА. Однако данное оперативное вмешательство выполняется быстрее и с меньшим объемом кровопотери, поэтому когда анатомическая ситуация позволяет, следует использовать именно его [229].

Обобщая данные, Парфенов И.П. и соав. пришли к мнению, что возможность эндоскопического дренирования сильно зависит от анатомии и топографии ПК, но и обеспечивает высокую долю успеха и низкий уровень осложнений. Чрескожное дренирование используется для лечения больных с инфицированными ПК, но применение этого вмешательства при ПК, связанных с [ХП,](http://ukpmc.ac.uk/abstract/MED/18333098/?whatizit_url=http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=%22chronic%20pancreatitis%22) сомнительно. Внутреннее дренирование ПК и резекция часто используются в качестве хирургического подхода с хорошим общим результатом, но частота осложнений и смертность по сравнению с эндоскопическим вмешательством несколько выше [41, 185].

Конечной целью усилий многочисленных институтов общества является благополучие человека. Представление о реальном благополучии индивидуума или групп людей может быть получено с помощью известных качественных и количественных параметров. Оценка состояния здоровья населения в целом и его отдельных групп является важным элементом работы органов здравоохранения развитых стран. Современная методология изучения человека, как с биологических, так и с социально-психологических позиций базируется на ряде принципиальных понятий и определений. Среди них особого внимания заслуживают «здоровье» и «качество жизни» [38, 95].

Всемирная организация здравоохранения дает следующее определение здоровья: «полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания». Это фундаментальное определение легло в основу дефиниции «качество жизни, связанное со здоровьем» [284, 283].

Качество жизни (КЖ) – это интегральная характеристика физического, психического и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии.

Исследование КЖ – надежный и простой метод оценки общего благополучия человека, изучение его является общепринятым в международной практике высокоинформативным, чувствительным и экономичным методом оценки состояния здоровья как населения в целом, так и отдельных социальных групп. Метод позволяет дать количественную оценку многокомпонентных характеристик жизнедеятельности человека – его физического, психологического и социального функционирования [38].

При анализе литературных данных встречается достаточно большое количество работ, касающихся КЖ больных с ХП после перенесенных резекционных вмешательств и единичные работы, отражающие показатели КЖ после дренирующих операций [331, 158, 24, 265, 2, 312, 99, 248, 221, 290, 222, 32,182, 131, 185, 82, 56]. В работе Карпачева А.А., показано, что наиболее низкий уровень качества жизни зафиксирован в группе больных с эндоскопическими транспапиллярными вмешательствами [30]. В когортном исследовании, проведенным van der Gaag N.A. с соав. на 223 пациентах, перенесших различные виды хирургических вмешательств на ПЖ показано, что по сравнению с общим населением, физическое состояние страдало больше, чем психическое [303].

Назначение пациентам при алкогольном ХП с болевым синдромом антиоксидантов не уменьшает боль и не улучшает качество жизни [277, 286]. Изучено КЖ пациентов в отдаленном периоде после проведения экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии при кальцифицирующем ХП. По данным исследования, интенсивность болевого синдрома у больных уменьшилась с 7,9 баллов до 2,9 баллов, средняя оценка КЖ увеличилась с 3,7 баллов до 7,3 баллов [272, 219].

Недавно начато исследование Early surgery versus optimal current step up practice for chronic-pancreatitis? (ESCAPE) по изучению интенсивности болевого синдрома при ХП после раннее перенесенного оперативного лечения, в зависимости от лечебной тактики, используемой в настоящее время [59]. При ХП увеличивается долгосрочная инвалидность у молодых людей из-за выраженного болевого синдрома и частых госпитализаций [183, 146, 238]. Имеются работы, показывающие положительное влияние религии на КЖ больных и интенсивность болевого синдрома [78].

При изучении эффективности и наличия осложнений эндоскопического и хирургического лечения обструктивного ХП было пронализировано 2082 публикации. Хирургическое вмешательство способствовало повышению КЖ и улучшению экзокринной функции ПЖ, уменьшению болевого синдрома. [60, 102].

В исследовании [Umnova L.M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Umnova%20LM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21516852). проведено сравнение эффективности шкал EORTCQLQ-C30 и Сlinicpancreaticindex (СРI). Шкалы схожи в отражении тяжести ХП, но в отношение оценки эффективности лечения более чувствительной шкалой является CPI [301].

Подводя итоги обзора литературы, необходимо отметить следующее. Острому и хроническому панкреатиту и их осложнениям посвящено очень большое число публикаций. Одним из наиболее частых осложнений панкреатита является развитие ложной кисты ПЖ. Среди многочисленных операций, выполняющихся по поводу псевдокист, обращают на себя внимание дренирующие вмешательства. При сравнении операций наружного и внутреннего дренирования предпочтительным представляю последние. Лапароскопическое и эндоскопическое внутренние дренирования не всегда эффективны в аспекте рецидива заболевания. Открытое дренирование остается простым и нередко более эффективным способом ее лечения. Вместе с тем количество работ, специально посвященных применению этого способа, например, выбору конкретной методики операции, особенностям течения послеоперационного периода, анализу послеоперационных осложнений, невелико. Отечественные сообщения по этому поводу, как правило, основаны на небольшом количестве наблюдений. Недостаточно изучены отдаленные результаты операций внутреннего дренирования ложных кист ПЖ, а также влияния на результаты коморбидного фона. Не исследовано должным образом КЖ больных до и после операции. Все это вместе взятое послужило основанием для проведения настоящего исследования.

**Глава 2. Материалы и методы исследований**

***2.1. Общая характеристика больных***

C целью формирования групп вмешательств и контроля проанализированы архивные истории болезни всех пациентов, находящихся на лечении в отделении гнойной хирургии ГБУЗ ОКБ с диагнозом «киста поджелудочной железы» за период с 2000 по 2012 гг., количество историй болезни составило 338. Итоговый размер выборки составил 20% от общего количества лиц, удовлетворяющих критериям включения. При этом, часть больных, удовлетворяющим всем критериям, в конечном итоге не была включена в исследование (отказавшиеся от обследования, анкетирования, отсутствие отдаленных результатов). Исследование было ретроспективным («случай-контроль»).

Критерии включения в исследование:

* наличие хронической кисты ПЖ;
* солитарное образование более 5 см, связанное с ГПП, или при отсутствии связи с ГПП имеющее размеры больше 10 см;
* пациенты, имеющие не более двух сопутствующих заболеваний;
* длительность заболевания более 6 мес.;
* возраст пациентов от 20 до 60 лет;

При выполнении исследования мы придерживались классификации перепанкреатических скоплений жидкости, принятой в Атланте в 1992 г. [96]. Основываясь на этой классификации, были отобраны пациенты со скоплением панкреатического сока, ограниченное стенкой из фиброзной или грануляционной ткани, возникающее как следствие острого или хронического панкреатита.

Таким образом, в исследование вошло 178 респондентов. Необходимая численность выборки для получения репрезентативых данных определялась по общепринятой методике. Размер выборки для проводимых исследований рассчитывался с помощью программы WinPEPI Compare 22.17 и http://allcalc.ru/node/100. Для уровня статистической значимости 5% и статистической мощности 80%, соотношением групп 1:1 и минимально значимым различием между распространенностями в выборках 6%. Требуемый размер выборки должен составлять 122 единиц наблюдения.

Разделение больных по возрасту и полу, согласно классификации Европейского бюро ВОЗ, приведено в таблице 3.

Как видно из таблицы, среди пациентов преобладали мужчины – 89 (73%), женщин – 33 (27%). Возраст 122 пациентов с кистой поджелудочной железы колебался от 21 до 59 лет, в среднем составил 41,9, стандартное отклонение 9,937.

Таблица 3

Характеристика выборки больных с псевдокистой поджелудочной железы по полу и возрасту

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Характеристика | Структура выборки | | | |
|  | Абс. | | Удельный вес, % | |
| Объем выборки | 122 | | 100 | |
| Пол: | | | | |
| Мужчины | 89 | | 73 | |
| Женщины | 33 | | 27 | |
| Возраст, лет | Муж. | Жен. | Муж. | Жен. |
| 20-44 года | 62 | 15 | 50,8 | 12,3 |
| 45-59 лет | 27 | 18 | 22,1 | 14,8 |

Длительность существования у пациентов кисты поджелудочной железы составила 11,1±1,6 мес. и колебалась от 6 до 60 мес. Срок заболевания до 1 года отмечен у 70 (57,4%) больных, от 1 года до 3 лет – у 22 (18%), более 3 лет – у 6 (4,9%). Уточнить давность заболевания не удалось у 24 (19,7%) человек.

Подтвержденные медицинской документацией указания на перенесенный острый деструктивный панкреатит имелись у 75 (61,5%) пациентов. Панкреонекроз возник у 38 (50,7%) на фоне приема алкоголя, у 11 (14,7%) – на почве желчнокаменной болезни. Хронический панкреатит имелся у 47 (38,5%) больных, алкогольный генез заболевания отмечен у 15 (31,9%) из них.

Ранее перенесли различные оперативные вмешательства по поводу заболеваний поджелудочной железы 33 (27%) человек, санационная лапаротомия по поводу острого панкреатита выполнена у 7 (5,7%) больных, дренирующие панкреатическую кисту операции - у 22 (18,0%) больных, из них у 13 (59,9%) выполнялся наружный дренаж и у одного больного выполнялись пункционные вмешательства (4,5%). Перенесли различные операции внутреннего дренирования 8 (36,4%) пациентов, из них 4 - цистогастроанастомоз (по Юрашу -2, по Дос-Сантосу - 1, степлерный - 1) и 4 – цистоеюноанастомоз по Ру. Резекция хвоста поджелудочной железы в связи с хроническим панкреатитом выполнена 2 (1,6%) пациентам. Гемилатеральную торакоскопическую спланхнисимпатэктомию с целью уменьшения боли перенесли 2 (1,6%) больных. Холецистэктомия по поводу желчных камней выполнена у 4 (3,3%) пациентов (из них в лапароскопическом варианте – у 2).

В общей сложности до операции у 122 больных наблюдалось 143 осложнения (со стороны поджелудочной железы, так и брюшной полости), характерных для псевдокист поджелудочной железы.

***2.2. Методы инструментальной и лабораторной диагностики псевдокист поджелудочной железы до операции***

Для диагностики псевдокист поджелудочной железы и их осложнений применены различные современные диагностические методы исследования, представленные в таблице 4.

Таблица 4

Инструментальные методы диагностики псевдокист поджелудочной железы

|  |  |
| --- | --- |
| Метод исследования | Число больных (абс., %) |
| Рентгеновская компьютерная томография органов брюшной полости | 39 (32,0%) |
| Магнитная резонансная томография органов брюшной полости | 9 (7,4%) |
| Рентгеноконтрастное исследование желудка и двенадцатиперстной кишки | 51 (41,8%) |
| Эзофагогастродуоденоскопия | 122 (100%) |
| Рентгенологическое исследование грудной клетки | 122 (100%) |
| Ультразвуковое исследование органов брюшной полости | 122 (100%) |
| Эндоскопическая ультрасонография гепатобилиарной зоны | 7 (5,7%) |

Ультразвуковое сканирование выполнено всем пациентам, на аппарате Philips AU-22 (датчик 4,0 Гц), работающем в режиме реального времени, позволило выявить кисту поджелудочной железы, в виде жидкостной структуры различного размера и локализации с дорзальным псевдоусилением. Кальцинаты поджелудочной железы и панкреатического протока обнаружены у 8 (6,6%) обследованных больных и выраженный кальциноз паренхимы поджелудочной железы - у 10 (8,2%). Расширение главного панкреатического протока отмечено у 17 (13,9%) пациентов.

Солитарное кистозное образование в проекции поджелудочной железы имелось у всех больных. Топографоанатомическое взаиморасположение кист ПЖ оценивали используя классификацию кист, предложенную Ачкасовым Е.Е. [7]. Большинство ложных кист ПЖ были экстрапанкреатическими 84 (68,9%), интрапанкреатические кисты выявлены у 38 (31,1%) больных. При экстрапанкреатических ложных кистах поджелудочной железы ретроперитонеальные кисты не наблюдались, интраперитонеальные встретились у 39 (46,4%) пациентов. Вариант расположения панкреатической кисты в головке наблюдался в 13 (34,2%) случаях, в теле – в 9 (23,7%), в хвосте – в 16 (42,1%).

Средний размер выявленных по данным ультразвукового исследования кист составил 92,9±3,9 мм, причем у мужчин средний размер кисты превышал аналогичный показатель у женщин (98,4±5,0 мм и 87,4±9,6 мм соответственно). Кисты от 5 до 6 см наблюдались в 20,5% случаях, среди женщин в 25,6%, среди мужчин - 18,1%. Кисты размером от 6 до 10 см зарегистрированы у 36,1% больных: у 37,3% мужчин и у 33,3% женщин. Кисты свыше 10 см обнаружены в 43,4% наблюдений: у мужчин в 44,6% и у женщин в 41,0%.

Содержимое кистозной полости в 86% имело гетерогенный характер (определялось в виде взвеси в 46,5%, включало тканевые секвестры – в 7%) и лишь у 41,9% больных было гомогенным.

Признаки портальной гипертензии регистрировались у 26 (21,3%) пациентов: у 16 (13,1%) они проявлялись расширением воротной вены > 14 мм (при среднем ее размере 11,7±0,3 мм), у 10 (8,2%) – спленомегалией.

Рентгеновская компьютерная выполнена 39 (32,0%) больным, магнитно-резонансная томография - 9 (7,4%).

Средний размер обнаруженных кистозных образований составил 57,7±3,2 мм, при этом у 13 (33,3%) больных размер жидкостного образования не превышал 6 см, у 19 (48,7%) был от 6 до 10 см и у 11 (28,2%) - более 10 см.

Компьютерная томография с болюсным контрастированием выполнена 7 больным, позволила до операции выявить портальную подпеченочную гипертензию, а так же взаимоотношения псевдокисты поджелудочной железы и висцеральных артерий верхнего этажа брюшной полости.

Эндоскопические исследования у больных были выполнены совместно с сотрудниками отделения эндоскопии ГБУЗ ОКБ г. Твери. Эзофагогастродуоденоскопия выполнена 122 (100%) больным. Рентгенологическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки выполнено у 51 (41,8%) больных. Проведение исследования выявило оттеснение желудка или двенадцатиперстной кишки у 64,9% больных, гастрит у 71,8%, дуоденогастральный рефлюкс – у 40,2%, бульбит – у 29,1%, эзофагит - у 17,1%. Язва желудка или двенадцатиперстной кишки диагностирована у 15,5% из осмотренных пациентов. Нарушение проходимости верхних отделов желудочно-кишечного тракта в виде сдавления отмечено у 8,5% лиц, стеноза у 5,1%. Хирургические лигатуры желудочной стенки выявлены у 2 (1,6%) пациентов и варикозное расширение вен желудка у 1 (0,8%).

Эндо-УЗИ гепатопанкреатобилиарной зоны выполнена 7 (5,7%) больным. С целью оценки тяжести панкреатита при проведении Эндо-УЗИ использовались критерии Рэнсона [104]. Так панкреатит тяжелой степени наблюдался у 4 (57,1%) больных, панкреатит легкой степени - у 1 (14,3%) пациента.

До операции рентгенологическое исследование легких выявило плевриты различного объема и локализации у 8 (6,6%) больных.

С целью выявления связи кисты поджелудочной железы с ГПП выполнялся интраоперационный анализ содержимого полости кисты на амилазу.

Посев интраоперационного материала для микробиологического исследования выполняли на отечественные инкубационные среды у всех пациентов.

Исследование гистологического материала проводили в патологоанатомическом отделении ГБУЗ «ОКБ» г. Тверь у всех пациентов.

С целью оценки качества жизни пациентов с псевдокистой поджелудочной железы проводилось анкетирование пациентов с использованием опросника SF-36 Health Status Survey, анкеты №1; оценку интенсивности болевого синдрома проводили с использованием визуально-аналоговой шкалы.

В настоящем исследовании был использован выборочный метод текущего статистического наблюдения. Полученные данные обработаны методами параметрической (дисперсионной при сравнении нескольких групп), непараметрической и вариационной статистики с помощью аналитического приложения Microsoft Excel и Stat Plus2008. Для сравнения результатов между группами вычисляли значения средних величин (M = ∑/n), стандартные (средние квадратичные) отклонения от генеральной совокупности (σ), ошибки средних величин (±m), вычисленные по формуле: m = σ/√n. Статистическая оценка достоверности разницы полученных величин осуществлялась путем вычисления критерия χ2 или коэффициента Стъюдента с помощью программы StatPlus, автоматического расчета критерия Манни-Уитни с помощью программы - <http://www.psychol-ok.ru/statistics/mann-whitney/>, онлайн калькулятор для расчета статистических показателей <http://medstatistic.ru/calculators.html>. Достоверность отличий средних величин оценивали по t–критерию Стьюдента, F-критерию Фишера, Z-критерию Манна-Уитни, U – критерию Крескела - Уолиса. Различия значений, наличие линейной корреляции и значимость факторов считали достоверными при уровне вероятности более 95% (p<0,05).

***2.3. Методики операций***

Хирургические вмешательства были проведены с использованием обще сбалансированной анестезии. У части больных с целью проведения предоперационной подготовки при интенсивном болевом синдроме проводилась эпидуральная анальгезия в течение 4-5 дней до операции (патент РФ на изобретение № 2479323 от 20.04.2013г.). По виду внутреннего дренирования все случаи разделены на 3 группы:

* формирование цистогастроанастомоза в различных модификациях выполнено у 50 (41%) больных.
* формирование цистодуоденоанастомоза в различных модификациях выполнено у 11 (9%) больных.
* формирование цистоеюноанастомоза выполнено у 61 (50%) больных.

***2.3.1. Формирование цистогастроанастомоза***

Цистогастроанастомоз применен в ситуации, когда киста плотно прилегала к задней стенки желудка. Соустье между желудком и просветом кисты формировали диаметром до 5-6 см, используя модификацию по Jurasz в 38 (31,1%) случаях, по dos Santos - в 4 (3,3%), по Jedlicka - в 7 (5,7%), трансгастральную лапароскопию - в 1 (0,8%).

Цистогастроанастомоз по однотипной методике Jurasz выполняли следующим образом. В проекции кистозного образования рассекали переднюю стенку желудка. В месте наибольшего выбухания кисты накладывали две лигатуры-держалки на заднюю стенку желудка, с последующей пункцией кистозной полости и эвакуацией содержимого. В поперечном направлении рассекали заднюю стенку желудка на участке до 4-5 см, проникая в полость кисты, при необходимости удаляя из нее секвестры. Анастомоз формировали путем сшивания слизистой оболочки задней стенки желудка и фиброзной оболочки кисты узловыми гемостатическими швами. У 3 пациентов использовался степплерный шов *GIA™ 80-4.8*, сшивали слизистую оболочку желудка и фиброзной капсулы кисты в виде линейного соустья. Для эвакуации кистозного содержимого больным интраоперационно через цистогастроанастомоз проводили перфорированный назогастральный зонд, устанавливая его дистальный конец в полость кисты. Переднюю стенку желудка ушивали двухрядным швом в поперечном направлении, подводя к ней трубчатый дренаж. В послеоперационном периоде проводилась пассивная аспирация содержимого полости кисты и желудка через назогастральный зонд на протяжении 1-3 суток.

Способ цистогастростомии по dos Santos аналогичен вышеописанному, его особенностью является дополнение наружным дренированием полости кисты путем введения катетера Pezzer через линию швов цистогастроанастомоза и переднюю стенку желудка в виде гастростомы. В послеоперационном периоде проводилась пассивная аспирация содержимого полости кисты на протяжении 7-10 суток.

Операцию наружной (передней) цистогастростомии по Jedlicka выполняли следующим образом - выполнялась пункция кисты через переднюю стенку желудка с последующим дренированием полости кисты через переднюю и заднюю стенку кисты с фиксацией дренажа.

***2.3.2. Формирование цистодуоденоанастомоза***

Наличие кисты локализующейся в головке поджелудочной железы, прилегающей к стенке двенадцатиперстной кишки при отсутствии признаков обструкции главного панкреатического протока, позволило выполнить внутреннее дренирование панкреатической кисты в просвет двенадцатиперстной кишки путем наложения цистодуоденоанастомоза.

Осуществляли моблизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру с рассечением передней стенки нисходящей части двенадцатиперстной кишки в вертикальном направлении на протяжении 2-3 см. Содержимое полости кисты аспирировалось толстой иглой путем пункции. Заднюю стенку двенадцатиперстной кишки рассекали по игле для проникновения в полость кисты. Однорядным узловым гемостатическим швом формировался цистодуоденоанастомоз. В кистозную полость устанавливали дренаж, выводя его через переднюю стенку желудка в виде микрогастростомы. Двенадцатиперстную кишку ушивали в поперечном направлении двухрядным швом с подведением трубчатого дренажа.

***2.3.3. Формирование цистоеюноанастомоза***

При отсутствии прилегания панкреатической кисты к стенке желудка или двенадцатиперстной кишкой соединяли кистозную полость с тонкой кишкой путем формирования цистоеюноанастомоза.

После рассечения желудочно-ободочной связки и ревизии сальниковой сумки, на фиброзной капсуле кисты определяли оптимальное место для наложения анастомоза. Цистоентероанастомоз с отключенной по Roux петле использовали в 35 случаях, путем соединения участка тощей кишки, длиной 75 см, отключенного в 45 см от связки Трейца анастомозом по Ру, с кистозной стенкой однорядным гемостатическим швом используя только нерассасывающийся материал или материал с большими сроками биодеградации, дополняя с целью декомпрессии микроентеростомой по Фелкеру. Ширина просвета соустью должна быть не менее 4-5 см. К линии анастомоза подводили трубчатый дренаж, выведенный через контрапертуру. Дренажная трубка может быть проведена через просвет анастомоза или вне его и выведена наружу через герметизированный прокол свободного участка кисты либо через микроеюностому.

***2.4. Методики оценки результатов операций***

С целью изучения сравнительных результатов внутреннего дренирования кисты поджелудочной железы 122 пациентов ретроспективно были разделены на две группы в зависимости от принципиального способа дренирования. Группа I состояла из 61 (50%) больных, у которых выполнено прямое дренирование кист поджелудочной железы в пищеварительный тракт, из них цистогастроанастмоз выполнен у 50 (41%), цистодуоденоанастомоз у 11 (9%). В группу II вошли 61 пациент (50%), у которых проведено шунтирующее дренирование кисты путем наложения цистоеюноанастомоза с петлей кишки, выключенной по Ру. Общая характеристика выделенных групп больных представлена в таблице 5.

Таблица 5

Общая характеристика групп больных с ложной кистой поджелудочной железы

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Сравниваемые признаки | I группа, n=61 | II группа, n=61 |  | р\* |
| Мужчин | 44 (72,13±5,74%) | 45 (73,77±5,63%) | t 0,20  χ2 0,042  ⱷ 0,018  точный ⱷ 0,84197 | р>0,05 |
| Женщин | 17 (27,87±5,74%) | 16 (26,23±5,63%) | t 0,20  χ2 0,042  ⱷ 0,018  точный ⱷ 0,84197 | р>0,05 |
| Возраст | 38,93±1,1 | 44,37±1,7 | t 0,0034 | р>0,05 |
| Длительность заболевания (мес.) | 11,44±1,57 | 24,15±5,96 | t 2,06 | р<0,05 |
| Киста после перенесенного острого панкреатита | 42 (68,85±5,93%) | 33 (54,10±6,38%) | t 1,69  χ2 2,803  ⱷ 0,152  точный ⱷ 0,09929 | р>0,05 |
| Киста при хроническом панкреатите | 19 (31,15±5,93%) | 28 (45,90±6,38%) | t 1,69  χ2 2,803  ⱷ 0,152  точный ⱷ 0,09929 | р>0,05 |
| Рецидивный характер кисты | 14 (22,95±5,38%) | 10 (16,39±4,74%) | t 0,91  χ2 0,830  ⱷ 0,082  точный ⱷ 0,49505 | р>0,05 |
| Размер кисты, мм | 93,7±6,1451 | 102,4±11,25 | t 0,68 | р>0,05 |
| Главный панкреатический проток > 5 мм | 10 (16,39±4,74%) | 5 (8,20±3,51%) | t 1,39  χ2 1,900  ⱷ 0,125  точный ⱷ 0,18275 | р>0,05 |
| Инфицированный характер кисты | 3 (4,92±2,77%) | 7 (11,48±4,08%) | t 1,33  χ2 1,743  ⱷ 0,120  точный ⱷ 0,20879 | р>0,05 |

\*t - критерий Стьюдента; χ2 хи-квадрат; критерий Фишера ⱷ, точный критерий Фишера. Критическое значение критерия Стьюдента =1,98 при уровне значимости ɑ = 0,05

По абсолютному большинству представленных в таблице показателей сравниваемые группы были сопоставимы между собой. Статистически значимые отличия получены лишь по длительности заболевания.

По частоте осложнений псевдокист поджелудочной железы обе группы также были сопоставимы (таблица 6).

Таблица 6

Характер и частота осложнений псевдокист поджелудочной железы

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Осложнения | I группа, n=61 | II группа, n=61 |  | р\* |
| Внутрибрюшные осложнения | | | | |
| Нарушение оттока желчи (билиарная гипертензия) | 6 (9,84±3,81%) | 3 (4,92±2,77%) | t 1,04  χ2 1,080  ⱷ 0,094  точный ⱷ 0,49091 | p>0,05 |
| Компенсированный дуоденальный стеноз | 5 (8,20±3,51%) | 1 (1,64±1,63%) | t 1,69  χ2 2,805  ⱷ 0,152  точный ⱷ 0,11725 | р>0,05 |
| Вторичная подпеченочная сегментарная портальная гипертензия | 7 (11,48±4,08%) | 2 (3,28±2,28%) | t 1,75  χ2 2,999  ⱷ 0,157  точный ⱷ 0,09776 | р>0,05 |
| Асцит панкреатогенный | 3 (4,92±2,77%) | 1 (1,64±1,63%) | t 1,02  χ2 1,034  ⱷ 0,092  точный ⱷ 0,36878 | р>0,05 |
| Аррозивное кровотечение в полость кисты | 3 (4,92±2,77%) | 0 | t 1,78  χ2 3,076  ⱷ 0,159  точный ⱷ 0,24380 | p>0,05 |
| Нагноение кисты | 2 (3,28±2,28%) | 0 | t 1,44  χ2 2,033  ⱷ 0,129  точный ⱷ 0,24793 | р>0,05 |
| Панкреатический наружный свищ | 0 | 3 (4,92±2,77%) | t 1,78  χ2 3,076  ⱷ 0,159  точный ⱷ 0,24380 | р>0,05 |
| Всего: | 26 (42,62±6,33%) | 10 (16,39±4,74%) | t 3,32  χ2 10,088  ⱷ 0,288  точный ⱷ 0,00163 | р<0,05 |
| Внебрюшинные осложнения | | | | |
| Белково-энергетическая недостаточность умеренной или слабой степени | 8 (13,11±4,32%) | 3 (4,92±2,77%) | t 1,60  χ2 2,498  ⱷ 0,143  точный ⱷ 0,12919 | р>0,05 |
| Панкреатическая стеаторея | 5 (8,20±3,51%) | 0 | t 2,33  χ2 5,214  ⱷ 0,207  точный ⱷ 0,02870 | р<0,05 |
| Сахарный панкреатопривный диабет, I-II степени тяжести, компенсация | 7 (11,48±4,08%) | 4 (6,56±3,17%) | t 0,95  χ2 0,899  ⱷ 0,086  точный ⱷ 0,63396 | р>0,05 |
| Плеврит панкреатогенный | 1 (1,64±1,63%) | 3 (4,92±2,77%) | t 1,02  χ2 1,034  ⱷ 0,092  точный ⱷ 0,61872 | р>0,05 |
| Всего: | 21 (34,43±6,08%) | 10 (16,39±4,74%) | t 2,34 | р<0,05 |
| Общее: | 47 (77,05±5,38%) | 20 (32,79±6,01%) | t 5,49 | p<0,05 |

\*t - критерий Стьюдента; χ2 хи-квадрат; критерий Фишера ⱷ, точный критерий Фишера. Критическое значение критерия Стьюдента =1,98 при уровне значимости ɑ = 0,05

На результаты лечения изучаемых нами больных оказывали влияние сопутствующие заболевания, по частоте которых сравниваемые группы существенно не различались (таблица 7).

Таблица 7

Характер и частота сопутствующих заболеваний у больных псевдокистой поджелудочной железы по МКБ-10

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Пораженная система органов | Нозологическая форма | I группа, n=61 | II группа, n=61 |  | р |
| Болезни органов пищеварения | Желчнокаменная болезнь: камни желчного пузыря без холецистита | 6 (9,84±3,81%) | 8 (13,11±4,32%) | t 0,57  χ2 0,775  ⱷ 0,080  точный ⱷ 0,39939 | р>0,05 |
| Хронический  холецистит | 3 (4,92±2,77%) | 3 (4,92±2,77%) | t 0  χ20  ⱷ 0 точный ⱷ 1,0 | р>0,05 |
| Алкогольная жировая дистрофия печени | 8 (13,11±4,32%) | 3 (4,92±2,77%) | t 1,60  χ2 2,498  ⱷ 0,143  точный ⱷ 0,12919 | р>0,05 |
| Алкогольный гепатит, персистирующая форма | 2 (3,28±2,28%) | 0 | t 1,44  χ2 2,033  ⱷ 0,129  точный ⱷ 0,24793 | р>0,05 |
| Хронический вирусный гепатит В, С, ремиссия | 2 (3,28±2,28%) | 1 (1,64±1,63%) | t 0,59  χ2 0,342  ⱷ 0,053  точный ⱷ 0,62190 | р>0,05 |
| Цирроз печени (алкогольный) по Chail-Pugh класс А | 2 (3,28±2,28%) | 0 | t 1,44  χ2 2,033  ⱷ 0,129  точный ⱷ 0,24793 | р>0,05 |
| Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита | 8 (13,1±4,32%) | 5 (8,20±3,51%) | t 0,88  χ2 0,775  ⱷ 0,080  точный ⱷ 0,55889 | р>0,05 |
| Язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, хроническая форма, ремиссия | 5 (8,20±3,51%) | 1 (1,64±1,63%) | t 1,69  χ2 2,805  ⱷ 0,152  точный ⱷ 0,20703 | р>0,05 |
| Болезни системы кровообращения | Ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения ФК I-II | 2 (3,28±2,28%) | 3 (4,92±2,77%) | t 0,46  χ2 0,209  ⱷ 0,041  точный ⱷ 0,68227 | р>0,05 |
| Гипертоническая болезнь сердца без застойной сердечной недостаточности, 1-2 стадии | 2 (3,28±2,28%) | 3 (4,92±2,77%) | t 0,46  χ2 0,209  ⱷ 0,041  точный ⱷ 0,68227 | р>0,05 |
| Варикозное расширение вен нижних конечностей: ХВН по CEAP С1-2 | 1 (1,64±1,63%) | 0 | t 1,01  χ2 1,008  ⱷ 0,091  точный ⱷ 0,50 | р>0,05 |
| Болезни эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ | Ожирение экзогенно-конституциональное 1,2 степени | 6 (9,84±3,81%) | 3 (4,92±2,77%) | t 1,04  χ2 1,080  ⱷ 0,094  точный ⱷ 0,49091 | р>0,05 |
| Нарушенная толерантность к глюкозе | 6 (9,84±3,81%) | 2 (3,28±2,28%) | t 1,48  χ2 2,140  ⱷ 0,132  точный ⱷ 0,16692 | р>0,05 |
| Болезни органов дыхания | Хроническая обструктивная болезнь легких, 1 стадия, легкой степени | 3 (4,92±2,77%) | 1 (1,64±1,63%) | t 1,02  χ2 1,034  ⱷ 0,092  точный ⱷ 0,61872 | р>0,05 |
| Психические расстройства и расстройства поведения | Шизофрения параноидная | 2 (3,28±2,28%) | 0 | t 1,44  χ2 2,033  ⱷ 0,129  точный ⱷ 0,24793 | р>0,05 |
| Всего: |  | 52 (85,25±4,54%) | 33 (54,10±6,38%) | t 3,98 | р<0,05 |

\*t - критерий Стьюдента; χ2 хи-квадрат; критерий Фишера ⱷ, точный критерий Фишера. Критическое значение критерия Стьюдента =1,98 при уровне значимости ɑ = 0,05

Обследование до операции проводилось с целью выявления степени изменений состояния больного после операции.

Для контроля за результатами операции в раннем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки (от 6 месяцев до 2 лет) использовались как общеклинические, так и инструментальные методы обследования: УЗИ брюшной полости у всех пациентов, КТ и МРТ (у 17), фиброгастродуоденоскопия (у всех пациентов).

Ближайшие результаты операций оценивались также по характеру течения послеоперационного периода, числу наблюдавшихся ранних послеоперационных осложнений и по продолжительности послеоперационного периода.

Эффективность оперативного вмешательства в купировании болевого синдрома оценивали с использованием визуально-аналоговой шкалы до операции и в отдаленные сроки. Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) представляет собой линейку длиной 100 мм с нанесенными миллиметровыми делениями со свободно перемещающимся по ней ползунком. Цена деления, которой соответствует баллам боли от 0 до 10. Начальная точка двигающего ползунка означает отсутствие боли (0 баллов), конечная невыносимую боль (10 баллов). Пациенты отмечали интенсивность боли, останавливаясь на предлагаемой прямой. Для пациентов, которые испытывали трудности с абстрагированием и представлением боли в виде цифры или точки на прямой, использовали лицевую (мимическую) шкалу боли [13, 39, 319]. С целью предоперационной подготовки у больных с хроническим панкреатитом и выраженным болевым синдромом до 7-10 баллам по визуально-аналоговой шкале использовалась длительная эпидуральная анальгезия.

Оценку трофологического статуса выполняли до операции и в послеоперационном периоде с использованием антропометрических показателей, индекса массы тела по формуле Кетлера (кг/м2), измерения толщины кожно-жировой складки (ТКЖС) при помощи калипера на лице, туловище, верхних и нижних конечностях, так же измеряли окружность плеча, талии, бедра и голени по стандартной методике [13, 163, 164]. Путем сравнения проведенных антропометрических измерений у конкретного пациента с имеющимися стандартами определяли степень нарушения питания: норма, легкая, средняя или тяжелая степень (таблица 8). Для мужчин и женщин существуют свои стандарты антропометрических измерений [33, 34, 44].

Таблица 8

Антропометрические измерения и степень нарушения питания

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Пол | Норма | Степень нарушения питания | | |
| легкая | средняя | тяжелая |
| ТКЖС, мм | м | 11,3 | 10-<11,3 | 7,5-<10,0 | <7,5 |
| ТКЖС, мм | ж | 14,9 | 13,2-<14,9 | 9,9-<13,2 | <9,9 |
| Окружность мышц плеча, см | м | 22,8 | 20,2-<22,8 | 15,2-<20,2 | < 15,2 |
| Окружность мышц плеча,, см | ж | 20,9 | 18,6-<20,9 | 13,9-<18,6 | < 13,9 |
| Потеря массы тела (% от исходной) |  | 0-2 | 2-5 | 5-10 | >10 |
| ИМТ (кг/м2) |  | 26-19 | 19-17,5 | 17,5-15,5 | <15,5 |

Проводилось также анкетирование больных. До операции оно осуществлялось при помощи специально разработанной оригинальной анкеты №1 (приложение 1) включающей 150 вопросов, затрагивающих коморбидный фон, различные стороны жизни и анамнеза больных. После операции для анкетирования использовалась анкета №2, включающая в себя 10 вопросов (приложение 2), затрагивающих также коморбидный фон и различные стороны жизни.

Качество жизни пациентов мы определяли при помощи опросника The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), адаптированного для условий России (приложение 3). Опросник содержит 8 параметров здоровья, которые наиболее часто измеряют в популяционных исследованиях и величины показателей которые более всего подвержены влиянию заболевания и лечения [314].

Измерительная модель, лежащая в основе конструкции SF-36, имеет 3 уровня:

1. 36 вопросов;
2. 8 шкал, каждая из которых включает от 2 до 10 вопросов;
3. 2 суммарных измерения, которые объединяют вместе шкалы, связанные с физическим и психологическим здоровьем.

При обработке результатов полученные ответы по всем пунктам формируют 8 шкал. Каждый пункт используется в обработке данных только одной из шкал.

Физическая работоспособность (ФР). Субъективная оценка респондентом объема своей повседневной физической нагрузки на время исследования. Прямая связь: показатель тем выше, чем большую физическую нагрузку респондент может выполнить.

Физическое состояние (ФС). Субъективная оценка респондентом степени ограничения своей повседневной деятельности из-за проблем cо здоровьем за последние 4 недели. Обратная связь: показатель тем выше, чем меньше степень ограничения.

Болевой синдром (БС). Xаpактеpизует pоль cубъективныx болевых ощущений pеcпондента в ограничении его повседневной деятельности за последние 4 недели. Обратная связь: показатель тем выше, чем меньше болевые ощущения вмешиваются в деятельность респондента.

Общее здоровье (ОЗ). Субъективная оценка pеcпондентом общего cоcтояния своего здоровья на время исследования. Прямая связь: показатель тем выше, чем лучше здоровье респондента.

Энергичноcть (ЭН). Субъективная оценка pеcпондентом своего жизненного тонуса (бодpоcть, энергия и пр.) за последние 4 недели. Прямая связь: показатель тем выше, чем выше жизненный тонус респондента.

Социальная роль (CА). Субъективная оценка pеcпондентом уровня cвоиx взаимоотношений c друзьями, pодcтвенниками, коллегам по работе и c другими коллективами за последние 4 недели. Прямая связь: показатель тем выше, чем выше pеcпондент оценивает уровень cвоиx cоциальныx связей.

Эмоциональное состояние (ЭС). Субъективная оценка pеcпондентом степени ограничения своей повседневной деятельности, обусловленной эмоциональными проблемами, за последние 4 недели. Обратная связь: показатель тем выше, чем меньше влияние эмоционального cоcтояния респондента на его деятельность.

Психическое здоровье (ПЗ). Субъективная оценка pеcпондентом своего наcтpоения (cчаcтье, cпокойcтвие, умиpотвоpенноcть и пр.) за последние 4 недели. Прямая связь: показатель тем выше, чем лучше настроение респондента.

Указанный опросник позволяет оценивать три основных компонента психологического, социологического и медицинского статуса обследуемого: его функциональные способности, восприятие им уровня своего здоровья и удовлетворенности жизнью, степень выраженности симптомов заболевания и последствий их проявлений.

Опросник SF-36 подходит для самостоятельного заполнения респондентом, для компьютерного опроса или для заполнения его при личном контакте или по телефону. Он применим для опроса лиц в возрасте от 14 лет и старше.

Как видно из таблицы 9 все вышеуказанные характеристики отвечают общепринятым требованиям качества данных [101].

Таблица 9

Качество данных опросника SF-36 в репрезентативной выборке больных

|  |  |
| --- | --- |
| Характеристика | Удельный вес, % |
| Доля пропущенных ответов для всех анкет | 3,31 |
| Доля респондентов, которые ответили не менее чем на 50% вопросов каждой шкалы | 84,0 |
| Доля анкет без логических противоречий | 86,6 |

**Глава 3. Ближайшие и отдаленные результаты дренирующих операций при ложных кистах поджелудочной железы**

***3.1.Ближайшие результаты дренирующих операций при ложных кистах поджелудочной железы***

Ближайшие результаты операций оценивались по характеру течения послеоперационного периода, числу наблюдавшихся ранних послеоперационных осложнений, среднему показателю продолжительности послеоперационного периода.

Послеоперационные осложнения оценивали по [Clavien*-*Dindo Classification](http://www.google.ru/url?sa=t&rct=j&q=clavien-dindo%20%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%84%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F%20&source=web&cd=3&ved=0CCwQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.surgicalcomplication.info%2Findex-2.html&ei=7cGlTpveCYS0-QbQlvSJBQ&usg=AFQjCNHRX-fw8NlAlo4uRUE6EM8cXMZAVg&sig2=okZi-hqj355MtfZtWFLVIg&cad=rjt) [123]. Если у больного было 2 и более осложнений, учитывалось одно, наиболее тяжелое. Частота и вид ранних послеоперационных осложнений представлены в таблице 10.

Таблица 10

Частота и вид ранних осложнений у больных после внутреннего дренирования кист поджелудочной железы по [Clavien*-*DindoClassification](http://www.google.ru/url?sa=t&rct=j&q=clavien-dindo%20%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%84%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F%20&source=web&cd=3&ved=0CCwQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.surgicalcomplication.info%2Findex-2.html&ei=7cGlTpveCYS0-QbQlvSJBQ&usg=AFQjCNHRX-fw8NlAlo4uRUE6EM8cXMZAVg&sig2=okZi-hqj355MtfZtWFLVIg&cad=rjt)*.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Степень | Вид осложнения | Группа I, n=61 | Группа II, n=61 | t | p |
| I | Нагноение послеоперационной раны | 2 (3,28±2,28%) | 2 (3,28±2,28%) | t=0 | p>0,05 |
| Панкреатическое истечение | 5 (8,20±3,51%) | 3 (4,92±2,77%) | t=0,73 | p>0,05 |
| II | Пневмония | 5 (8,20±3,51%) | 1(1,64±1,63%) | t=1,69 | p>0,05 |
| Нарушение эвакуации из желудка | 2 (3,28±2,28%) | 0 | t=1,44 | p>0,05 |
| IIIа | Нагноение полости кисты | 3 (4,92±2,77%) | 3 (4,92±2,77%) | t=0 | p>0,05 |
| IIIб | Подпечёночный абсцесс | 1(1,64±1,63%) | 1(1,64±1,63%) | t=0 | p>0,05 |
| Псоас- абсцесс | 1(1,64±1,63%) | 0 | t =1,01 | p>0,05 |
| IV | Кровотечение в зоне анастомоза | 3 (4,92±2,77%) | 1(1,64±1,63%) | t =1,38 | p>0,05 |
| V | Кровотечение в зоне анастомоза приведшее к летальному исходу | - | - | - | - |
|  | Итого: | 22 (36,07±6,15%) | 11 (18,03±4,92%) | t=2,29 | p<0,05 |

\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента =1,98 при уровне значимости ɑ = 0,05

Осложнения I степени наблюдались у 12 (9,84±2,70%) пациентов. В I группе таких осложнений было 7 (11,48±4,08%), во II – 5 (8,2±3,51%) (t=0,61, p>0,05). Во всех наблюдениях осложнения I степени купированы коррекцией схемы ведения послеоперационного периода. Нагноение раны у всех больных ограничилось подкожной клетчаткой и ликвидировано местной терапией. Панкреатические свищи ликвидированы путем медикаментозного подавления секреторной функции поджелудочной железы.

Осложнения II степени (пневмония, гастростаз) отмечены в 8 (6,56±2,24%) наблюдениях, большинство указанных осложнений встретились в I группе больных – 7 (11,48±4,08%), при этом разница статистически достоверна – t=2,24, р<0,05. Пневмония у всех 6 пациентов разрешилась в результате лечения в общей палате со сменой антибиотиков. При лечении гастростаза, развившегося у 2 больных и проявлявшегося преходящим нарушением эвакуации из желудка вследствие деформации его выходного отдела, обоим пациентам потребовалось проведение короткого курса полного парентерального питания.

Осложнения IIIa степени (нагноение полости кисты) наблюдались у 6 (4,92±1,96%) больных. В I группе они встретились у 3 (4,92±2,77%) пациентов и были излечены эндоскопическими санациями. Во II группе такого рода осложнения наблюдались так же у 3 (4,92±2,77%) пациентов, воспаление в полости кисты у этих больных было купировано путем промывания полости через наружный дренаж.

При 3 (4,92±2,77%) осложнениях IIIб степени (подпеченочный абсцесс – 2, псоас-абсцесс – 1), встретившихся в I группе больных у 2 (3,28±2,28%) и во II группе у 1 (1,64±1,63%) пациента, выполнены хирургические вмешательства в объеме дренирования абсцесса под общей анестезией.

Осложнения IV степени, имевшие место у 4 (3,3%) пациентов (у 3 из I группы и у одного из II) были представлены кровотечениями в зоне анастомоза (t=1,38, p>0,05). В группе прямого дренирования источником кровотечения явились аррозии a. lienalis (1), a. pancreatoduodenalisant.sup (1), внутренних артерий слизистой оболочки по линии цистогастроанастомоза (1). В группе шунтирующего дренирования кровотечение возникло у одного пациента из-за недостаточного гемостаза по периметру цистоеюноанастомоза. При релапаротомии в 4 случаях гемостаз достигнут прошиванием источника кровотечения.

Общее число осложнений в I группе (22 – 36,07±6,15%) было больше, чем во II (11 – 18,03±4,92%), статистически эта разница оказалась значимой (p<0,05).

Таким образом, выявлены значимые различия в общем числе ранних послеоперационных осложнений в сравниваемых группах, их было достоверно больше при прямом дренировании кисты.

Все наблюдаемые осложнения можно разделить на инфекционные (нагноение послеоперационной раны, пневмония, подпеченочные и абсцесс забрюшинного пространства, нагноение в полости кисты) и технические осложнения (внутрипросветные кровотечения, панкреатическое и кишечное истечение, стеноз желудка).

При анализе результатов операции выявлено, что инфекционные осложнения встречались у 11 (18,03±4,92%) больных I группы и у 5 (8,20±3,51%) больных II группы, разница статистически не достоверна (t-критерий Стьюдента 1,63, р>0,05). Общая характеристика сравниваемых групп представлена в таблице 11. Как видно в представленном материале, инфекционные осложнения в I группе чаще встречались у мужчин, а во II группе у женщин. Средний возраст данной категории больных (47,0,9±3,33 лет) в I группе был значительно больше, чем в общей совокупности представленных пациентов (38,9±1,1) (р˃0,05), во II группе разница не была настолько значимой средний возраст составил 45,6±7,6 лет, тогда как в общей популяции он был равным 44,4±1,7 (р˃0,05).Индекс массы тела данной категории больных значительно не отличался от такового в общей совокупности. Частота сопутствующих заболеваний в I группе пациентов значимо не отличалась от общей группы (72,7% у больных с инфекционными осложнениями и 85,3% от их общей совокупности), а во II группе значительно превышала последнюю (80% у больных с инфекционными осложнениями и 54,1% от числа всех пациентов). Осложненный характер кисты во II группе встречался чаще, чем в общей популяции (60% у больных с инфекционными осложнениями и 32,8% в общей группе), а в I группе напротив реже (у 72,7% больных с инфекционными осложнениями и у 77,1% общей совокупности). Средняя продолжительность операции была достоверно больше у пациентов II группы (р˂0,05), что свидельствует о том, что операции прямого дренирования более просты в исполнении.

Таблица 11

Характеристика больных с инфекционными осложнениями

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Сравниваемые признаки | I группа (n 11) | II группа (n 5) | t | р\* |
| Женщины | 4 (36,36±15,21%) | 3 (60,0±24,49%) | t=0,82 | p>0,05 |
| Мужчины | 7 (63,64±15.21%) | 2 (40,0±24,49%) | t=0,82 | p>0,05 |
| Средний возраст | 47,09±3,33 | 45,6±7,6 | t=0,18 | p>0,05 |
| ИМТ | 22,22±1,66 | 25,83±6,32 | t=0,55 | p>0,05 |
| Частота сопутствующих заболеваний | 8 (72,73±14,08%) | 4 (80,0±20,0%) | t=0,30 | p>0,05 |
| Частота осложнений до операции | 8 (72,73±14,08%) | 3 (60,0±24,49%) | t=0,45 | p>0,05 |
| Киста после перенесенного острого панкреатита | 4 (36,36±15,21%) | 4 (80,0±20,0%) | t=1,74 | p>0,05 |
| Киста при хроническом панкреатите | 7 (63,64±15.21%) | 1 (20,0±20,0%) | t=1,74 | p>0,05 |
| Алкогольная этиология заболевания | 5 (45,45±15,75%) | 1 (20,0±20,0%) | t=1,00 | p>0,05 |
| Желчнокаменная этиология заболевания | 2 (18,18±12,20%) | 3 (60,0±24,49%) | t=1,53 | p>0,05 |
| Средняя длительность заболевания | 9,5±3,21 | 16,2±8,14 | t=0,77 | p>0,05 |
| Анемия до операции | 3 (27,27±14,08%) | 2 (40,0±24,49%) | t=0,45 | p>0,05 |
| Гидроторакс | 3 (27,27±14,08%) | 0 | t=1,94 | p>0,05 |
| Средний размер кисты | 81,78±18,25 | 105,5±9,5 | t=1,15 | p>0,05 |
| Ранее оперированы по поводу кисты поджелудочной железы | 2 (18,18±12,20%) | 2 (40,0±24,49%) | t=0,80 | p>0,05 |
| Инфицированный характер кисты | 0 | 1 (20,0±20,0%) | t=1,0 | p>0,05 |
| Наличие некротических тканей по данным гистологического заключения | 2 (18,18±12,20%) | 2 (40,0±24,49%) | t=0,80 | p>0,05 |
| Средняя продолжительность операции | 78,89±9,2 | 107,0±8,0 | t=2,31 | p<0,05 |

\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента =2,145 при уровне значимости ɑ = 0,05

Таким образом, в I группе пациентов инфекционные осложнения наблюдались чаще у мужчин, при хроническом панкреатите, с меньшими сроками заболевания и размерами кист, при рецидивирующих кистах. Во II группе инфекционные осложнения наблюдались чаще у женщин, при более тяжелых сопутствующих заболеваниях и осложнениях до операции, при кисте после перенесенного острого панкреатита, с более длительным анамнезом и большем размере кисты, при рецидивной и инфицированной кисте.

Для уменьшения ранних послеоперационных инфекционных осложнений у больных с кистами после перенесенного острого панкреатита лучше применять прямое дренирование, а у больных с кистами на фоне хронического панкреатита - шунтирующие. На осложнения в раннем послеоперационном периоде длительность заболевания статистически не влияла.

Технические осложнения наблюдались у 12 (9,84±2,70) больных, в I группе у 8 (13,11±4,32%) и во II группе у 4 (6,56±3,17%) (t=1,22, р>0,05). Общая характеристика данной категории пациентов представлена в таблице 12.

Таблица 12

Характеристика больных группы технических осложнений

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Сравниваемые признаки | I группа (n 8) | II группа (n 4) | t | р\* |
| Средняя длительность заболевания | 14,88±9,98 | 40,5±22,16 | t=1,05 | р>0,05 |
| Средняя продолжительность операции | 95±22,47 | 100±10 | t=0,20 | р>0,05 |
| Киста после перенесенного острого панкреатита | 4 (50,0±18,9%) | 2 (50,0±28,87%) | t=0 | р>0,05 |
| Инфицированный характер кисты | 0 | 3 (75,0±25,0%) | t=3,0 | р<0,05 |
| Анемия до операции | 3 (37,5±18,3%) | 1 (25,0±25,0%) | t=0,40 | р>0,05 |
| Однорядный анастомоз | 8 (100%) | 0 | t=infinity | р<0,05 |

\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента =2,228 при уровне значимости ɑ = 0,05

Таким образом, достоверной разницы по основным сравниваемым показателям не получено. Технические осложнения во II группе чаще, чем в I группе, встречались у пациентов с большей длительностью заболевания (р˃0,05) и при инфицированном характере кисты (р˂0,05).

При инфицированном характере кисты, во избежание технических осложнений, предпочтительнее использовать прямое дренирование, как наиболее простой вариант анастомоза в техническом и временном аспектах.

Средний койко-день в стационаре составил 27,2±12,5 суток, средний послеоперационный койко-день 17,2±10,1 суток.

Продолжительность послеоперационного пребывания больного в стационаре в I группе (16,4±8,1 дня) лишь незначительно отличалась от аналогичного показателя во II группе (18,9±14,1 дня) (р>0,05). В группе прямого дренирования этот показатель у женщин был ниже, а в группе шунтирующего дренирования выше, чем у мужчин (таблица 13).

Таблица 13

Средний послеоперационный койко-день у больных после внутреннего дренирования псевдокисты поджелудочной железы

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Прямое дренирование n 61 | | Шунтирующее дренирование n 61 | |
| Женщины n 17 | Мужчины n 44 | Женщины n 16 | Мужчины n 45 |
| Средний послеоперационный койко-день, сутки | 15,4±7,2 | 17,4±9,1 | 20,2±20,1 | 17,6±8,2 |
| 16,4±8,1 | | 18,9±14,1 | |

***3.2. Отдаленные результаты операции внутреннего дренирования псевдокист поджелудочной железы***

Отдаленный период прослежен у всех больных через 2,2±0,1 года после проведения исследования. В I группе результаты изучены у 61 (100%) больных, во II – у 61 (100%). Умерли 15 (12,3%) пациентов, из них 8 (13,1%) из I группы и 7 (11,5%) – из II. Причины смерти известны у 13 больных. В числе этих причин: алкоголь-ассоциированный панкреонекроз (2), отравление суррогатами алкоголя (2), желудочное кровотечение (2), инфаркт миокарда (2), дорожная травма (1), острая спаечная кишечная непроходимость (1), разрыв посттравматической аневризмы печеночной артерии (1), рак поджелудочной железы (2).

Осталось в живых 107 (87,7%) больных, что определило окончательный объем выборки: 53 из I группы и 54 – из II.

Кисты, по данным ультразвукового обследования, выявлен в среднем через 2,2±0,1 года у 17 (15,89%) пациентов: в I группе у 14 (26,6±6,06%), во II – у 3 (5,56±3,12%) (р<0,05, t=3,06). Средний размер выявленной кисты составил 48,3±2,2 мм, в I группе 41,9±1,7 мм и во II – 32,4±1,2 мм (t=4,57,р<0,05). При этом у 9 (8,41%) (в I группе – у 7 (13,21±4,65%), во II – у 1 (1,85±1,83%) пациентов обнаруженное кистозное образование расценено как остаточная полость после внутреннего дренирования, оно не вызывало клинической симптоматики и не потребовало хирургической коррекции (t=2,27,р>0,05).

Повторно оперированы 20 (18,69%) пациентов, из них трое – неоднократно. В первой группе повторные операции выполнены 13 (24,53±5,91%) больным, и во второй группе 7 (12,96±4,57%) (t=1,55, р>0,05).

Оперативные вмешательства в связи с вновь возникшими осложнениями хронического панкреатита в отдаленном периоде выполнены у 16 (14,95%) больных. 9 (16,98±5,16%) из этих больных принадлежали к I группе и 7 (12,96±4,57%) – ко II (t=0,58, р>0,05). Показанием к повторным хирургическим вмешательствам послужили либо рецидив кисты, либо рецидив болей (таблица 14).

Таблица 14

Виды оперативных вмешательств в отдаленном периоде у больных двух групп

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показания к операции | Вид оперативного вмешательства | I группа, n 53 | II группа, n 54 |  | р\* |
| Рецидив кисты | Цистогастроанастомоз | 3 (5,66±3,17%) | 1 (1,85±1,83%) | t=1,04 | p>0,05 |
| Панкреатодуоденальная резекция | 1 (1,89±1,87%) | 1 (1,85±1,83%) | t=0,01 | p>0,05 |
| Резекция головки ПЖ | 1 (1,89±1,87%) | 0 | t=1,01 | p>0,05 |
| Наружное дренирование кисты | 2 (3,77±2,62%) | 0 | t=1,44 | p>0,05 |
| Всего: | | 7 (13,21±4,65%) | 2 (3,70±2,57%) | t=1,79 | p>0,05 |
| Рецидив болевого синдрома | Продольный панкреатоеюноанастомоз | 0 | 1 (1,85±1,83%) | t=1,01 | p>0,05 |
| Продольный панкреатогастроанастомоз | 0 | 1 (1,85±1,83%) | t=1,01 | p>0,05 |
| ТССЭ | 2 (3,77±2,62%) | 5 (9,26±3,94%) | t=1,16 | p>0,05 |
| Дистальная резекция поджелудочной железы | 0 | 1 (1,85±1,83%) | t=1,01 | p>0,05 |
| Всего: | | 2 (3,77±2,62%) | 8 (14,81±4,83%) | t=2,01 | p<0,05 |
| ЖКБ | Холецистэктомия | 2 (3,77±2,62%) | 0 | t=1,44 | p>0,05 |
| Рак ПЖ | Холецистоэнтеро-анастомоз по Брауну | 1 (1,89±1,87%) | 0 | t=1,01 | p>0,05 |
| Абсцесс печени | Дренирование абсцесса печение | 1 (1,89±1,87%) | 0 | t=1,01 | p>0,05 |

\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 1,984 при уровне значимости ɑ= 0,05

\*\*сумма повторных операций больше, количества прооперированных пациентов, т.к. 3 больным были выполнено несколько вмешательств.

По поводу рецидива кисты операции проведены 9 (8,4%) пациентам: 7 (13,21±4,65%) из I группы и 2 (3,70±2,57%) – из II (t=1,79, р>0,05). При этом в I группе у 3 пациентов выполнена цистогастростомия, у одного – панкреатодуоденальная резекция, у одного – резекция головки поджелудочной железы, у 2 – наружное дренирование кисты. Во II группе одному больному проведена цистоеюностомия и одному – панкреатодуоденальная резекция.

По поводу рецидива болевого синдрома повторно оперированы 7 (6,5%) больных: из I группы – 2 (3,77±2,62%), из II группы – 5 (9,26±3,94%), при этом 3 больных II группы оперированы неоднократно в связи с рецидивом болевого синдрома, т.е. 5 пациентам выполнено 8 оперативных вмешательств (t=1,16, р>0,05). Разница в числе операций по поводу рецидива болей в сравниваемых группах достоверна (t=2,01, р<0,05). Основным вмешательством при болевом синдроме была торакоскопическая спланхниксимпатэктомия, и только у одного больного из II группы при рецидиве болей осуществлена продольная панкреатоеюностомия, затем продольный панкреатогастроанастомоз и одной пациентки - дистальная резекция поджелудочной железы.

В одном случае наблюдались инфекционные осложнения с развитием абсцесса печени, что потребовало хирургического вмешательства.

При раке поджелудочной железы через 7,7 мес. выполнено паллиативное оперативное вмешательство – холецистоэнтероанастомоз по Брауну.

У двоих пациентов при проведение контрольного обследования через 13,1 мес. выявлен калькулезный холецистит, выполнена холецистэктомия.

Как видно из представленных данных, наиболее часто показанием к повторной операции служил либо рецидив кисты, либо рецидив болевого синдрома.

Общая характеристика повторно оперированных больных по поводу рецидива кисты группы прямого и шунтирующего дренирования представлена в таблице 15.

Таблица 15

Общая характеристика повторно оперированных больных с рецидивом кисты

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Сравниваемые признаки | Рецидив кисты | | t | p\* |
| I группа, n 7 | II группа, n 2 |
| Мужчины/женщины | 4/3 | 1/1 |  |  |
| Средний возраст | 46,7 | 31,5 |  |  |
| Киста после перенесенного острого панкреатита | 3 (42,86±20,2%) | 2 (100,0±0%) | t=2,83 | р˂0,05 |
| Киста при хроническом панкреатите | 4 (57,14±20,20%) | 0 (0,00±0,00%) | t =2,83 | р˂0,05 |
| Осложнения кисты | 5 (71,43±18,44%) | 0 (0,00±0,00%) | t =3,87 | р˂0,05 |
| Сопутствующие заболевания | 6 | 1 | t =0,69 | р˃0,05 |
| Алголь | 3 | 1 | t =0,13 | р˃0,05 |
| ЖКБ | 2 | 0 | t =1,55 | р˃0,05 |
| Длительность заболевания | 15,9 | 15,0 |  |  |
| Средний размер кисты | 114,9 | 82,0 |  |  |
| Ранее оперированы | 3 | 1 | t =0,13 | р˃0,05 |
| Продолжительность операции | 78,6 | 90,0 |  |  |
| Не инфицированный характер кисты | 7 | 2 |  |  |
| Фиброзная ткань (гистологическое заключение стенки кисты) | 2 (28,57±18,44%) | 2 (100,0±0%) | t =3,87 | р˂0,05 |
| Аппаратный анастомоз | 1 | 0 | t =1,0 | р˃0,05 |
| Двухрядный анастомоз | 0 | 1 | t =1,0 | р˃0,05 |
| Дренаж Фелкера | 4 | 1 | t =0,13 | р˃0,05 |
| Осложнения в послеоперационном периоде | 1 | 1 | t =0,69 | р˃0,05 |

\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 2,365 при уровне значимости ɑ = 0,05

Как видно из представленных данных, рецидив кисты наблюдался чаще в I группе пациентов. Но при этом необходимо учесть, что данная группа пациентов была старше, имела осложненный характер кист, чаще встречались больные с сопутствующей патологией и большей длительностью заболевания, с большим кистами и наличием ранее выполненных оперативных вмешательств, т.е. данная группа пациентов была значительно тяжелее, чем группа II. При шунтирующих вмешательствах рецидив кист наблюдался у больных с кистами возникшими после перенесенного острого панкреатита, имеющими сформированную стенку.

При применении прямого дренирования в отдаленном периоде чаще наблюдается рецидив кисты, который требует повторных оперативных вмешательств. Однако у больных с кистами после перенесенного острого панкреатита рецидив возникает достоверно чаще при применении шунтирующих вмешательств, чем при прямом дренировании.

Характеристика больных с рецидивом болевого синдрома представлена в таблице 16. Из данных, представленных в таблице следует, что рецидив болевого синдрома достоверно чаще возникает после шунтирующих операций, несмотря на то, что в группе прямого дренирования были более тяжелые больные, с кистами больших размеров, с осложненным течением заболевания и сопутствующей патологией.

Таблица 16

Общая характеристика повторно оперированных больных с рецидивом болевого синдрома

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Сравниваемые признаки | Рецидив боли | | t | p\* |
| I группа, n 2 | II группа, n 5 |
| Мужчины/женщины | 2/0 | 4/1 |  |  |
| Средний возраст | 40,5 | 39,8 |  |  |
| Киста после перенесенного острого панкреатита | 1 (50,00±50,0%) | 2 (40,00±24,49%) | t =0,18 | р>0,05 |
| Киста на фоне хронического панкреатита | 1 (50,00±50,0%) | 3 | t =0,18 | р>0,05 |
| Осложнения кисты | 2 | 4 | t =1,0 | р>0,05 |
| Сопутствующие заболевания | 2 | 1 | t =4,0 | р˂0,05 |
| Алкогольная этиология заболевания | 1 | 1 | t =0,56 | р˃0,05 |
| Желчнокаменная этиология заболевания | 1 | 0 | t =1,0 | р˃0,05 |
| Длительность заболевания | 3,5 | 29 |  |  |
| Средний размер кисты | 135 | 73 |  |  |
| Ранее оперированы | 0 | 3 | t =2,45 | р˃0,05 |
| Продолжительность операции | 117,5 | 116,3 |  |  |
| Не инфицированный характер кисты | 2 (100,00±0,00%) | 4 (80,00±20,00%) | t =1,0 | р˃0,05 |
| Фиброзная ткань (гистологическое заключение стенки кисты) | 0 | 2 | t =1,63 | р˃0,05 |
| Дренаж Фелкера | 1 | 3 | t =0,18 | р˃0,05 |

\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 2,571 при уровне значимости ɑ = 0,05

Таким образом, отдаленные результаты операций внутреннего дренирования ложных кист поджелудочной железы свидетельствовали о довольно высоком проценте смертности больных. Выявлен достаточно большой удельный вес рецидивов псевдокист, потребовавших повторного хирургического лечения (чаще дренирующих, реже резекционных вмешательств). Ретроспективный анализ дает основание предполагать, что предпосылкой рецидива болевого синдрома является продолжающийся дегенеративный хронический процесс в поджелудочной железе. Показанием к повторному хирургическому лечению в ряде случаев служил рецидив болевого синдрома. По абсолютному количеству больше повторных операций проведено у пациентов группы прямого дренирования, это были, главным образом, вмешательства по поводу рецидива кисты. Во II группе значимо чаще, чем в I выполнялись операции по поводу рецидива болевого синдрома.

Анализ других факторов, которые могли бы повлиять на отдаленные результаты операции, не выявил статистически значимой зависимости между возникновением рецидивов кисты или болей и полом больных, их возрастом, длительностью заболевания, характером кист, осложнениями в раннем послеоперационном периоде. Хотя при сравнении I и II групп больных нельзя не отметить, что пациенты с рецидивом кист или боли в группе прямого дренирования были более тяжелыми, чем пациенты в группе шунтирующего дренирования (чаще встречали осложненное течение кисты, больше пациентов с сопутствующими заболеваниями, с большим размером кист).

**Глава 4. Коморбидный фон и качество жизни больных до и после операции**

Отдаленный период прослежен у 122 больных в среднем через 2,2±0,1 года после проведения исследования.

Умерли 15 (12,3%) пациентов. Причины смерти известны у 13 больных. В числе этих причин: алкоголь-ассоциированный панкреонекроз (2), отравление суррогатами алкоголя (2), желудочное кровотечение (2), инфаркт миокарда (2), дорожная травма (1), острая спаечная кишечная непроходимость (1), разрыв посттравматической аневризмы печеночной артерии (1), рак поджелудочной железы (2).

При этом в группе прямого дренирования умерло 8 (13,11%) пациентов и в группе шунтирующего дренирования 7 (11,48%) пациентов, t=0,28, р˃0,05, при этом мужчины умирали чаще (13 - 14,61%), чем женщины (3 - 9,09%), t=0,88, р>0,05.

Окончательный объем выборки (пациенты у которых удалось оценить отдаленные результаты операции) составил 107 пациентов (87,7%), из первой группы - 53 (59,4%), из второй – 54 (35,9%).

С целью оценки результатов операции нами были изучены некоторые «поведенческие стереотипы» пациентов, так как этот фактор, по нашему предположению, не мог не сказаться на результатах операций и качестве жизни данной категории больных.

**4.1. Коморбдность и трудовая активность пациентов**

Коморбидность - наличие дополнительной клинической картины, которая уже существует или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания, и всегда отличается от него. Коморбидность широко представлена среди больных госпитализированных в многопрофильные стационары. На этапе первичной медицинской помощи пациенты с наличием одновременно нескольких заболеваний являются скорее правилом, чем исключением. Профилактика и лечение хронических заболеваний обозначены [В](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%81%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F)ОЗ, как приоритетный проект второго десятилетия XXI века, направленный на улучшение качества жизни населения мира [285, 306].

Среди обследованных нами пациентов у больных отсутствовали заболевания в стадии декомпенсации, которые способствовали значительному снижению показателей жизненной активности.

Для изучаемой категории больных остается наиболее интересными следующие заболевания классификации МКБ-10 – инсулиннезависимый и инсулинозависимый сахарный диабет, психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, недостаточность питания.

До операции у 11 (9,01%) пациентов больных имелся подтвержденный медицинской документацией сахарный диабет I и II степени тяжести. В I группе у 7 (11,48%) и во II группе у 4 (6,56%) (р>0,05). Инсулинозависимый сахарный диабет наблюдался у 5 (8,2%) пациентов первой группы и у 3 (4,92%) – второй, инсулиннезависимый сахарный диабет соответственно у 2 (3,28%) и 1 (1,64%) пациентов. При проведения обследования у 8 (6,56%) пациентов выявлено нарушенная толерантность к глюкозе: у 6 (9,84%) больных I группы и у 2 (3,28%) - во II (р>0,05).

В отдаленном периоде отмечено увеличение количества пациентов с сахарный диабетом, у пациентов I группы их стало 8 (15,09%) и пациентов II группы 6 (11,11%) (р>0,05), при этом у всех пациентов ранее имелась нарушенная толерантность к глюкозе, так же отмечено увеличение количества пациентов с инсулинозависимым сахарным диабетом – 6 (11,32%) в первой группе и 6 (11,11%) во второй (р>0,05). Зависимости между видом оперативного вмешательства и сахарным диабетом выявлено не было. Операции внутреннего дренирования не способствуют развитию у пациентов сахарного диабета, а увеличение количества пациентов в двух группах обусловлено изменениями в поджелудочной железе, не имеющими непосредственной связи с выполненным дренирующим оперативным вмешательством.

Для выявления у больных психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя, мы использовали вопросы оригинальных анкет (приложение 1 и 2). До операции употребляли алкоголь 29 (47,54%) пациентов I группы и 32 (52,46%) II группы. Средняя длительность употребления больными алкоголя до операции представлена в виде диаграммы на рисунке 1. Из представленных данных следует, что по этому показателю сравниваемые группы достоверно не отличались друг от друга. Наибольшее количество пациентов употребляли алкоголь в течение 6 - 10 лет, в I группе - 39,6% больных, во II - 35,3% (р>0,05). При этом у части пациентов имелись подтвержденные медицинской документацией сопутствующие заболевания, обусловленные употреблением алкоголя. Так, алкогольная жировая дистрофия печени имелась у 8 (13,11%) пациентов первой группы и у 3 (4,92%) второй; алкогольный гепатит – у 2 (3,28%) и 0 (0%) соответственно, алкогольный цирроз печени – у 2 (3,28%) и 0 (0%) соответственно (р>0,05).

Рис 1 . Длительность употребления алкоголя у больных с ложной кистой поджелудочной железы

В отдаленном периоде согласно анкетированию продолжают употреблять алкоголь большая часть пациентов 19 (35,85%) пациентов I группы и 20 (37,04%) пациентов II (р>0,05). При этом из 13 умерших пациентов в отдаленном периоде у 4 (3,73%) причины смерти были связаны с употреблением алкоголя: у 2 диагностирован алкоголь-ассоциированный панкреонекроз и у 2 - отравление суррогатами алкоголя.

При анализе отдаленных результатов операций было выявлено, что у лиц, продолжающих употреблять алкоголь, чаще наблюдался рецидив боли от 1 до 4 баллов как в первой (19 или 35,85%), так и второй (20 или 37,049%) группе пациентов, по сравнению с не употребляющими алкоголь составившими соответственно 0 (0%) и 9 (16,67%) (р˂0,05). Болевой синдром, потребовавший повторного оперативного вмешательства, так же чаще наблюдался у пациентов продолжающих принимать алкоголь. Так в первой группе из двух больных оперированных в связи рецидивом болевого синдрома один пациент продолжал употреблять алкоголь (50%), во второй группе из 5 пациентов 4 (80%) продолжают употреблять алкоголь (р˃0,05).

Недостаточность питания до операции наблюдалась у 19,7% пациентов первой группы и у 13,1% - второй. В отдаленном периоде отмечается увеличение числа пациентов с недостаточностью питания в первой группе до 24,5% и отсутствие таковых - во второй (р<0,05).

Приведенные данные свидетельствуют об определенном влиянии коморбидного фона пациентов на отдаленные результаты выполненных операций.

До операции более 66 (54,10%) больных находились вне трудовой деятельности: в I группе - 30 (49,18%), во II группе – 36 (59,02%), а остальные работали – являлись служащими, работниками промышленных или сельскохозяйственных предприятий (таблица 17). Как видно из представленных данных, сравниваемые группы по своему составу достоверно не различались. Изменили условия труда на более легкие по причине панкреатита 43,5% больных, оставили работу 30,6%, получили группы инвалидности в связи с заболеванием поджелудочной железы 5,9%.

Таблица 17

Участие пациентов в трудовой деятельности до операции

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | I группа, n 61 | II группа, n 61 | t | p\* |
| Безработные | 30 (49,18±6,40%) | 36 (59,02±6,30%) | t=1,10 | p>0,05 |
| Работают | 31(50,82±6,40%) | 25 (40,98±6,30%) | t=1,10 | p>0,05 |

\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 1,98 при уровне значимости ɑ = 0,05

Согласно данным опроса в отдаленном периоде после операции, 42 (46,2%) больных работают, 49 (53,8%) – не работают (таблица 18).

Таблица 18

Участие пациентов в трудовой деятельности после операции

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | I группа, n 53 | II группа, n 54 | t | p\* |
| Работают | 24 (45,28±6,84%) | 22 (40,74±6,69%) | t=0,47 | p>0,05 |
| Безработные | 29 (54,72±6,84%) | 32 (59,26±6,69%) | t=0,47 | p>0,05 |

\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 1,98 при уровне значимости ɑ = 0,05

В отдаленном периоде 3 (5,7%) больных из I группы начали трудовую деятельность. Продолжают работать по специальности 15 (28,3%) больных I группы, сменили работу на более легкую 9 (16,98%), перестали работать 6 (11,3%). Во II группе продолжают работать по специальности 19 (35,2%) больных, сменили работу на более легкую 3 (5,6%), перестал работать 1 (1,9%) пациент. Как видно из приведенных данных, процент безработных пациентов в I группе увеличился, тогда как во II группе - уменьшился.

До операции физический и психический компоненты здоровья в сравниваемых группах среди работающих и неработающих пациентов достоверно не отличались (р<0,05) (таблица 19). При анализе качества жизни у больных в зависимости от их занятости выявлено, что в I и II группах показатели физического здоровья после операции стали достоверно выше, показатели психического здоровья достоверно улучшились в I группе, во II группе они также улучшились, однако достоверной разницы их не выявлено. Среди работающего населения в I группе показатели психического здоровья после операции были достоверно лучше, чем во II группе (р<0,05), у безработных эти показатели не отличались друг от друга. Физический компонент здоровья в I и II группах после операции достоверно улучшился независимо от трудовой занятости пациентов.

Таблица 19

Показатели качества жизни у больных до и после операции в зависимости от трудовой занятости

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Социальный статус** | **I группа** | | | | **р** | **II группа** | | | | **р** |
| **n** | **До операции** | **n** | **После операции** | **n** | **До операции** | **n** | **После операции** |
| **Психический компонент здоровья** | | | | | | | | | | |
| **Работают** | **\*n=31** | **39,5±1,5** | **n=24** | **49,8±2,5** | **t=3,53**  **р˂0,05** | **\*\*\*n=25** | **38,4±4,9** | **n=22** | **40,3±2,6** | **t=0,34**  **р˃0,05** |
| **Не работают** | **\*\*n=30** | **37,5±1,3** | **n=29** | **45,9±2,1** | **t=3,40**  **р˂0,05** | **\*\*\*\*n=36** | **44,8±2,9** | **n=32** | **46,1±6,5** | **t=0,18**  **р˃0,05** |
| **Физический компонент здоровья** | | | | | | | | | | |
| **Работают** | **\*n=31** | **42,8±1,3** | **n=24** | **49,1±1,8** | **t=2,84**  **р˂0,05** | **\*\*\*n=25** | **43,2±2,1** | **n=22** | **51,9±2,1** | **t=2,93**  **р˂0,05** |
| **Не работают** | **\*\*n=30** | **45,6±1,2** | **n=29** | **51,4±0,8** | **t=5,13**  **р˂0,05** | **\*\*\*\*n=36** | **38,1±1,4** | **n=32** | **50,9±3,2** | **t=3,66**  **р˂0,05** |

\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 2,007 при уровне значимости ɑ = 0,05

\*\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 2,003 при уровне значимости ɑ = 0,05

\*\*\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 2,015 при уровне значимости ɑ = 0,05

\*\*\*\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 1,997 при уровне значимости ɑ = 0,05

Таким образом, после операции больные I группы чаще переходили на более легкую работу или переставали работать, чем пациенты II группы. Качество жизни (как психический, так и физический компоненты здоровья) после операции улучшилось в обеих группах, как среди работающих, так и безработных, но в группе прямого дренирования психический компонент здоровья стал достоверно лучше у работающих пациентов.

**4.2. Оценка болевого синдрома**

Оценка интенсивность болевого синдрома у лиц с ложной кистой поджелудочной железы по визуально-аналоговой шкале до операции выполнена у всех 122 пациентов (100%), после операции - у 107 (87,7%).

Средний балл интенсивности болевого синдрома до операции составил 5,7 (таблица 20). Преобладали лица с интенсивностью боли в 5 и 8 баллов (19,1% и 17,6% соответственно). Достоверной разности в показателях у лиц I и II групп не выявлено.

Таблица 20

Интенсивность болевого синдрома в баллах у больных с псевдокистой поджелудочной железы до операции

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | I группа, n 61 | II группа, n 61 | t | р\* |
| Мужчины | 5,4±0,4 | 5,9±0,6 | 0,69 | р˃0,05 |
| Женщины | 6,5±0,6 | 4,5±1,7 | 1,11 | р˃0,05 |
| Среднее | 5,7±0,3 | 5,7±0,5 | 0,0 | р˃0,05 |

\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 1,98 при уровне значимости ɑ = 0,05

В отдаленном периоде после выполненных операций средний балл по ВАШ значительно уменьшился и составил 1,5 (таблица 21). Боль оценивалась пациентами в диапазоне от 0 до 4 баллов, у большей части пациентов болевой синдром отсутствовал. Показатели интенсивности болевого синдрома в сравниваемых группах достоверно не отличались друг от друга (0,8 в группе прямого и 1,3 в группе шунтирующего дренирования).

Таблица 21

Интенсивность болевого синдрома в баллах у больных с псевдокистой поджелудочной железы после операции

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | I группа, n 53 | II группа, n 54 | t | р\* |
| Мужчины | 0,8±0,3 | 2,0±1,2 | 0,97 | р˃0,05 |
| Женщины | 0,7±0,5 | 0,25±0,2 | 0,84 | р˃0,05 |
| Среднее | 0,8±0,2 | 1,3±0,7 | 0,69 | р˃0,05 |

\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 1,984 при уровне значимости ɑ = 0,05

До операции в группе прямого дренирования преобладал болевой синдром интенсивностью в 8 баллов, в группе шунтирующего дренирования – в 5 баллов, в послеоперационном периоде у большей части пациентов обеих групп болевой синдром полностью отсутствовал, и составил 64,15% в I группе и 46,3% во II группе (t-критерий Стьюдента 1,89, р>0,05) (таблица 22).

Таблица 22

Интенсивность болевого синдрома по ВАШ у больных до и после операции

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **I группа** | |  | **II группа** | |  |
|  | **До операции, n 61** | **После операции, n 53** | **p\*** | **До операции, n 61** | **После операции, n 54** | **p\*** |
| **0** | **0 (0%)** | **34(64,15±6,59%)** | **t=9,74**  **p<0,05** | **0 (0%)** | **25(46,3±6,79%)** | **t=6,82**  **p<0,05** |
| **1** | **2 (3,28±2,28%)** | **6(11,32±4,35%)** | **t=1,64**  **p>0,05** | **0 (0%)** | **5(9,26±3,94%)** | **t=2,35**  **p<0,05** |
| **2** | **4(6,56±3,17%)** | **5(9,43±4,02%)** | **t=0,56**  **p>0,05** | **7(11,48±4,08%)** | **10(18,52±5,29%)** | **t=1,05**  **p>0,05** |
| **3** | **5(8,20±3,51%)** | **3(5,66±3,17%)** | **t=0,54**  **p>0,05** | **3(4,92±2,77%)** | **0 (0%)** | **t=1,78**  **p>0,05** |
| **4** | **6 (9,84±3,81%)** | **5(9,43±4,02%)** | **t=0,07**  **p>0,05** | **7(11,48±4,08%)** | **14(25,93±5,96%)** | **t=2,00**  **p<0,05** |
| **5** | **10(16,39±4,74%)** | **0 (0%)** | **t=3,46**  **p<0,05** | **17(27,87±5,74%)** | **0 (0%)** | **t=4,85**  **p<0,05** |
| **6** | **10(16,39±4,74%)** | **0 (0%)** | **t=3,46**  **p<0,05** | **7(11,48±4,08%)** | **0 (0%)** | **t=2,81**  **p<0,05** |
| **7** | **5(8,20±3,51%)** | **0 (0%)** | **t=2,33**  **p<0,05** | **3(4,92±2,77%)** | **0 (0%)** | **t=1,78**  **p>0,05** |
| **8** | **11(18,03±4,92%)** | **0 (0%)** | **t=3,66**  **p<0,05** | **11(18,3±4,92%)** | **0 (0%)** | **t=3,66**  **p<0,05** |
| **9** | **4(6,56±3,17%)** | **0 (0%)** | **t=2,07**  **p<0,05** | **3(4,92±2,77%)** | **0 (0%)** | **t=1,78**  **p>0,05** |
| **10** | **4(6,56±3,17%)** | **0 (0%)** | **t=2,07**  **p<0,05** | **3(4,92±2,77%)** | **0 (0%)** | **t=1,78**  **p>0,05** |
| **Всего** | **100%** | **100%** |  | **100%** | **100%** |  |

\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 1,984 при уровне значимости ɑ = 0,05

Таким образом, после операции как в группе прямого, так и в группе шунтирующего дренирования достоверно отмечено уменьшение болевого синдрома до 0 баллов у большей части пациентов. Однако во II группе чаще встречались пациенты с интенсивностью болевого синдрома до 4 баллов, разница статистически достоверна (t-критерий Стьюдента 2,29, р<0,05).

**4.3. Оценка трофологического статуса**

Изучение трофологического статуса показало, что средний индекс массы тела до операции составил 22,5±0,6 кг/м2, после оперативного вмешательства 22,8±1,2 кг/м2 (р<0,05).

Значимых различий в показателях индекса массы тела до операции в I и II группах не наблюдалось, показатели составили 23,0±0,9 кг/м² и 26,3±2,5 кг/м² (р>0,05). При этом в I и II группах масса тела была достоверно больше у женщин, чем у мужчин (р<0,05) (таблица 23).

Таблица 23

Показатели индекса массы тела у больных с псевдокистой поджелудочной железы до операции

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | I группа, n 61, кг/м² | II группа, n 61, кг/м² | t | р |
| Мужчины | 21,6±0,4 | 22,1±0,6 | 0,18 | р˃0,05 |
| Женщины | 23,6±1,1 | 27,9±2,8 | 1,43 | р˃0,05 |
| Среднее, кг/м² | 23,0±0,9 | 26,3±2,5 | 1,24 | р˃0,05 |

\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 1,98 при уровне значимости ɑ = 0,05

Достоверных различий между видом анастомоза и индексом массы тела в отдаленном периоде не отмечено, хотя несколько лучшие результаты наблюдались у лиц с цистоеюноанастомозом (таблица 24). В то же время в отдаленном периоде имелась тенденция к увеличению среднего показателя индекса массы тела как в группе прямого, так и в группе шунтирующего дренирования. У мужчин этот показатель возрос в первой группе до 22,5±1,0 кг/м² (при изначальной его величине 21,6±0,4 кг/м²), во второй группе - до 23,6±1,1 кг/м² (при изначальной его величине 22,1±0,6 кг/м²). У женщин данный показатель увеличился в первой группе до 24,2±1,9 кг/м² (при изначальной его величине 23,6±1,1 кг/м²),во второй группе - до 32,4±2,5 кг/м² (при изначальной его величине 27,9±2,8 кг/м²) (р>0,05). В целом же у всех больных сохранялась тенденция к преобладанию лиц с нормальной массой тела.

Таблица 24

Показатели индекса массы тела у лиц группы прямого и шунтирующего дренирования после операции

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | I группа, n 53, кг/м² | II группа, n 54, кг/м² | t | р |
| Мужчины | 22,5±1,0 | 23,6±1,1 | 0,74 | р˃0,05 |
| Женщины | 24,2±1,9 | 32,4±7,5 | 1,06 | р˃0,05 |
| Среднее, кг/м² | 23,0±0,9 | 26,3±2,5 | 1,24 | р˃0,05 |

\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 1,984 при уровне значимости ɑ = 0,05

Как в первой, так и во второй группах преобладали лица с нормальной массой тела (таблица 25 и рис. 2). Избыточная масса тела наблюдалась у 14,75% больных первой группы и у 22,95% - второй, недостаточность питания легкой степени соответственно у 8,2% и 9,84%, ожирение 1 степени соответственно у 8,2% и 4,92%, недостаточность питания средней степени – у 6,56% и 3,28%, недостаточность питания тяжелой степени – у 4,92% и 0%, ожирение 2 и 3 степени – у 1,64% лиц как в первой, так и во второй группах. Значимых различий до операции по числу пациентов с различными нарушениями питания между I и II группами не наблюдалось. При этом в первой группе преобладали пациенты с недостаточностью питания. Таких больных в первой группе насчитывалось 12 (19,67±5,09%), а во второй - 8 (13,11±4,32%) (t=0,98, р>0,05). Пациентов с избыточной массой тела в первой группе было 15 (24,59±5,51%), а во второй - 18 (29,51±5,84%) (t=0,61, р>0,05).

Таблица 25

Степени нарушения питания по ИМТ (ВОЗ) до и после операции

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | нед-ть питания тяжелой степени | нед-ть питания средней степени | нед-ть питания легкой степени | норма | избыточная масса тела | ожирение 1 ст | ожирение 2 ст | ожирение 3 ст |
| До операции\* | Iгруппа,  n 61 | 3(4,92±  2,77%) | 4(6,56±  3,17%) | 5(8,20±  3,51%) | 34(55,74±  6,36%) | 9(14,75±  4,54%) | 5(8,20±  3,51%) | 1(1,64±  1,63%) | 0 (0%) |
| II группа,  n 61 | 0 (0%) | 2(3,28±  2,28%) | 6(9,84±  3,81%) | 35(57,38±  6,33%) | 14(22,95±  5,38%) | 3(4,92±  2,77%) | 0 (0%) | 1(1,64±  1,63%) |
| t  p | 1,78  >0,05 | 0,84  >0,05 | 0,32  >0,05 | 0,18  >0,05 | 1,16  >0,05 | 0.73  >0,05 | 1,01  >0,05 | 1,01  >0,05 |
| После операции\*\* | I группа,  n 53 | 1(1,89±  1,87%) | 4(7,55±  3,63%) | 8(15,09±  4,92%) | 27(50,94±  6,87%) | 11(20,75±  5,57%) | 1(1,89±  1,87%) | 1(1,89±  1,87%) | 0 (0%) |
| II группа,  n 54 | 0 (0%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 33(61,11±  6,63%) | 16(29,63±  6,21%) | 0 (0%) | 0 (0%) | 5(9,26±  3,94%) |
| t  p | 1,01  >0,05 | 2,08  <0,05 | 3,07  <0,05 | 1,06  >0,05 | 1,06  >0,05 | 1,01  >0,05 | 1,01  >0,05 | 2,35  <0,05 |

\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 1,98 при уровне значимости ɑ = 0,05

\*\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 1,984 при уровне значимости ɑ = 0,05

Рис. 2. Степени нарушения питания в зависимости от антропометрических измерений

После операции отмечено уменьшение числа пациентов с нормальной массой тела в обеих группах (таблица 26). В первой группе больные с нормальной массой тела стали встречаться реже, возросло количество пациентов с недостаточностью питания, стало меньше больных с избыточной массой тела. Наиболее вероятно, данное обстоятельство связано с тем, что у пациентов с кистами после перенесенного острого панкреатита продолжались воспалительные изменения в поджелудочной железе. Во второй группе, напротив, после операции отсутствовали пациенты с недостаточностью питания (разница статистически достоверна), и увеличилось число пациентов с избыточной массой тела.

Таблица 26

Степень нарушения питания у пациентов обеих групп до и после операции

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Группы |  | Недостаточность  питания | Нормальная масса тела | Избыточная масса тела |
| I | До операции,  n 61 | 12 (19,67±5,09%) | 34 (55,74±6,36%) | 15 (24,59±5,51%) |
| После операции, n 53 | 13 (24,53±5,91%) | 27 (50,94±6,87%) | 13 (24,53±5,91%) |
| t | | 0, 62 | 0,51 | 0,01 |
| p | | p>0,05 | p>0,05 | p>0,05 |
| II | До операции, n 61 | 8 (13,11±4,32%) | 35 (57,38±6,33%) | 18 (29,51±5,84%) |
| После операции, n 54 | 0 (0,00±0,00%) | 33 (61,11±6,63%) | 21 (38,89±6,63%) |
| t | | 3,03 | 0,41 | 1,06 |
| p | | p<0,05 | p>0,05 | p>0,05 |

\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 1,984 при уровне значимости ɑ = 0,05

Таким образом, согласно полученным данным, средние показатели массы тела в двух группах после операции не изменились, хотя при анализе данных отмечается тенденция к увеличению массы тела после операции в обеих группах как у мужчин, так и женщин. В то же время необходимо отметить улучшение послеоперационных показателей ИМТ у пациентов II группы (увеличение количества пациентов с избыточной массой тела при полном отсутствии лиц с недостаточностью питания). В I группе наблюдается противоположная тенденция: после операции число пациентов с недостаточностью питания возросло, а пациентов с нормальной или избыточной массой тела стало меньше.

**4.4. Опросник The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)**

Опросник TheMOS 36-ItemShort-FormHealthSurvey (SF-36) использовался у 122 пациентов с ложной кистой поджелудочной железы перед операцией. При изучении отдаленных результатов лечения анкетированию подверглись 107, или 87,7% ранее опрошенных.

Показатели физического и психического компонентов здоровья достоверно не отличались друг от друга как до, так и после операции (таблица 27).

Таблица 27

Показатели качества жизни пациентов с панкреатической кистой до и после операции

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | I группа | II группа | t | p |
| До операции, nI, II 61\* | Mh | 38,8±1,2 | 42,0±2,5 | 1,15 | p>0,05 |
| Ph | 43,7±0,9 | 40,7±1,3 | 1,9 | p>0,05 |
| После операции,  nI 53, nII 54\*\* | Mh | 47,7±1,9 | 42,0±2,6 | 1,77 | p>0,05 |
| Ph | 47,9±1,1 | 51,5±1,6 | 1,85 | p>0,05 |

\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 1,98 при уровне значимости ɑ = 0,05

\*\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 1,984 при уровне значимости ɑ = 0,05

После операции в первой группе физический и психические компоненты здоровья стали достоверно лучше (р<0,05), тогда как во второй группе улучшился только физический компонент (р<0,05), психический же остался на прежнем уровне (р>0,05) (таблица 28).

Таблица 28

Показатели физического и психического компонентов здоровья у пациентов I и II групп до и после операции

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | До операции, nI, II 61 | После операции, nI 53, nII 54 | t | p |
| I группа | Mh | 38,8±1,2 | 47,7±1,1 | 5,47 | p<0,05 |
|  | Ph | 43,7±0,9 | 47,9±1,1 | 2,96 | p<0,05 |
| II группа | Mh | 42,0±2,5 | 42,0±2,6 | 0,00 | p>0,05 |
|  | Ph | 40,7±1,3 | 51,5±1,6 | 5,24 | p<0,05 |

\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 1,984 при уровне значимости ɑ = 0,05

Статистически достоверной разницы показателей физического и психического компонентов здоровья среди мужчин и женщин в двух группах выявлено не было (таблица 29).

Таблица 29

Показатели качества жизни пациентов с панкреатической кистой до и после операции в зависимости от гендерной принадлежности

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **До операции\*** |  | **I группа, n 61** | | **t**  **p** | **II группа, n 61** | | **t**  **p** |
| **Женщины, n 17** | **Мужчины, n 44** | **Женщины, n 16** | **Мужчины, n 45** |
| **Mh** | **38,5±2,3** | **38,7±1,4** | **0,07**  **p>0,05** | **46,8±6,1** | **40,9±3,2** | **0,86 p>0,05** |
| **Ph** | **41,0±1,4** | **44,4±1,1** | **1,91**  **p>0,05** | **40,2±1,4** | **40,1±1,7** | **0,05 p>0,05** |
|  |  | **I группа, n 53\*\*** | | | **II группа, 54\*\*\*** | | |
| **После операции** |  | **Женщины, n 15** | **Мужчины,**  **n 38** |  | **Женщины, n 15** | **Мужчины, n 39** |  |
| **Mh** | **43,7±3,6** | **49,4±2,3** | **1,33**  **p>0,05** | **38,7±6,7** | **44,5±2,8** | **0,08 p>0,05** |
| **Ph** | **47,6±1,9** | **48,6±1,4** | **0,42**  **p>0,05** | **55,4±2,4** | **50,6±2,0** | **1,54 p>0,05** |

\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 2,002 при уровне значимости ɑ = 0,05

\*\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 2,009 при уровне значимости ɑ = 0,05

\*\*\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 2,007 при уровне значимости ɑ = 0,05

Таким образом, после операции шунтирующего дренирования показатели психического компонентов здоровья были хуже, чем после прямого дренирования, хотя до операции прослеживалась обратная связь. При более подробном анализе установлено, что показатели психического компонента здоровья стали достоверно ниже во II группе как среди мужчин, так и женщин. Физический компонент здоровья достоверно улучшился у пациентов обеих групп, однако во II группе показатели стали лучше, чем в I группе (разница не достоверна), хотя до операции они были лучше у пациентов I группы (разница статистически не достоверна).

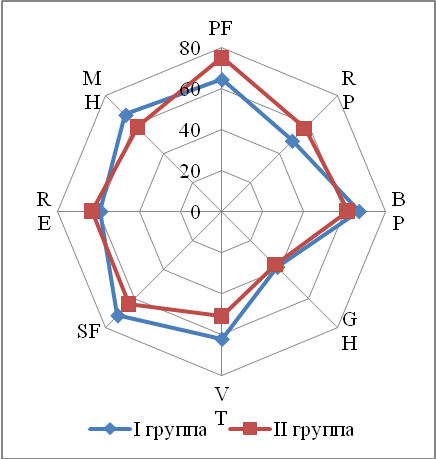
Более подробный анализ качества жизни пациентов обеих групп позволил выявить после операции улучшение всех изученных показателей как в группе прямого, так и в группе шунтирующего дренирования. По большинству параметров улучшение было статистически достоверным (таблица 30 и рис. 3).

Таблица 30

Показатели качества жизни больных I и II групп до и после операции

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели качества жизни | I группа | | t  p | II группа | | t  p |
| До операции, 61 | После операции, 53 | До операции,  61 | После операции, 54 |
| Физическое функционирование (PF) | 50,1±3,3 | 64,3±3,9 | t=2,78  р<0,05 | 48,3±7,5 | 75,0±4,5 | t=3,04  р<0,05 |
| Ролевое физическое функционирование (RP) | 26,1±3,8 | 48,6±6,3 | t=3,06  р<0,05 | 48,1±2,4 | 57,1±1,0 | t=3,46  р<0,05 |
| Интенсивность боли (BP) | 39,4±3,3 | 67,1±3,1 | t=6,12  р<0,05 | 36,4±4,3 | 61,4±6,9 | t=3,07  р<0,05 |
| Общее состояние здоровья (GH) | 34,9±1,9 | 38,5±1,8 | t=1,38  p>0,05 | 32,2±5,6 | 36,9±3,9 | t=0,69  p>0,05 |
| Жизненная активность (VT) | 40,4±2,3 | 62,4±3,0 | t=5,82  p<0,05 | 36,0±6,7 | 51,4±5,8 | t=1,74  p>0,05 |
| Показатели качества жизни | I группа | | t  p | II группа | | t  p |
| До операции, 61 | После операции, 53 | До операции,  61 | После операции, 54 |
| Социальное функционирование (SF) | 51,2±2,8 | 72,0±2,9 | t=5,16  p<0,05 | 46,2±5,7 | 64,3±6,6 | t=2,08  p<0,05 |
| Ролевое эмоциональное функционирование (RE) | 29,5±3,4 | 59,3±5,5 | t=4,61  p<0,05 | 25,6±8,6 | 63,5±8,3 | t=3,17  p<0,05 |
| Психическое здоровье (MH) | 46,5±2,0 | 66,5±2,7 | t=5,95  p<0,05 | 48,3±3,6 | 58,3±5,7 | t=1,48  p>0,05 |

\*t - критерий Стьюдента; Критическое значение критерия Стьюдента = 1,984 при уровне значимости ɑ = 0,05



А Б

Рис. 3. Показатели качества жизни больных I и II групп до (А) и после (Б) операции

До операции показатели физического функционирования, интенсивности боли, общего состояния здоровья, жизненной активности и социального и ролевого эмоционального функционирования были выше в I группе (р>0,05), при этом ролевое физическое функционирование было лучше в группе шунтирующего дренирования (разница статистически достоверна). После операции показатели интенсивности боли, общего здоровья, жизненной активности, социального функционирования и психического здоровья повысились в I группе (р>0,05), тогда как параметры физического функционирования, ролевого физического функционирования, ролевого эмоционального функционирования улучшились во II группе (р>0,05) (таблица 31).

Таблица 31

Показатели качества жизни до и после операции у пациентов I и II групп

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели качества жизни | До операции\* | | t  p | После операции\*\* | | t  p |
| I группа, 61 | II группа, 61 | I группа, 53 | II группа, 54 |
| Физическое функционирование (PF) | 50,1±3,3 | 48,3±7,5 | t=0,22  р>0,05 | 64,3±3,9 | 75,0±4,5 | t=1,80  р>0,05 |
| Ролевое физическое функционирование (RP) | 26,1±3,8 | 48,1±2,4 | t=4,89  р<0,05 | 48,6±6,3 | 57,1±1,0 | t=1,33  р>0,05 |
| Интенсивность боли (BP) | 39,4±3,3 | 36,4±4,3 | t=0,55  р>0,05 | 67,1±3,1 | 61,4±6,9 | t=0,75  р>0,05 |
| Общее состояние здоровья (GH) | 34,9±1,9 | 32,2±5,6 | t=0,46  p>0,05 | 38,5±1,8 | 36,9±3,9 | t=0,37  p>0,05 |
| Жизненная активность (VT) | 40,4±2,3 | 36,0±6,7 | t=0,62  p>0,05 | 62,4±3,0 | 51,4±5,8 | t=1,68  p>0,05 |
| Социальное функционирование (SF) | 51,2±2,8 | 46,2±5,7 | t=0,79  p>0,05 | 72,0±2,9 | 64,3±6,6 | t=1,07  p>0,05 |
| Ролевое эмоциональное функционирование (RE) | 29,5±3,4 | 25,6±8,6 | t=0,42  p>0,05 | 59,3±5,5 | 63,5±8,3 | t=0,42  p>0,05 |
| Психическое здоровье (MH) | 46,5±2,0 | 48,3±3,6 | t=0,44  p>0,05 | 66,5±2,7 | 58,3±5,7 | t=1,30  p>0,05 |

\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 1,98 при уровне значимости ɑ = 0,05

\*\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 1,984 при уровне значимости ɑ = 0,05

Таким образом, пациенты после операции прямого дренирования отметили значительное уменьшение болевых ощущений (р<0,05), улучшение общего здоровья (р>0,05), повышение жизненного тонуса (р<0,05), уровня своих социальных связей (р<0,05) и настроения (р<0,05). Однако показатели физической работоспособности и физического состояния здоровья оказались более высокими у пациентов II группы (р<0,05). Имело место улучшение эмоционального состояния (р<0,05). Наиболее вероятно, это связано с более быстрой реабилитацией пациентов I группы после менее травматичной операции, хотя пациенты II группы быстрее восстанавливались по физическим параметрам.

При более подробном анализе качества жизни у больных после операции отмечено улучшение показателей физического компонента здоровья в группе прямого и шунтирующего дренирования независимо от этиологии кисты (таблица 33), хотя до операции показатели были лучше в первой группе, чем во второй. После операции прослеживаются противоположные тенденции: показатели качества жизни стали лучше во второй группе, чем первой (p>0,05).

Таблица 32

Физический компонент здоровья пациентов I и II групп до и после операции в зависимости от этиологии кистозного образования

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Этиология кисты | До операции | |  | После операции | |  |
| I группа  n119  n242 | II группа  n128  n233 | I группа  n115  n238 | II группа  n124  n230 |
| Киста при хроническом панкреатите (n1) | 43,02±1,79 | 42,75±0,90 | t=0,13  p>0,05\* | 48,89±2,79 | 50,99±3,62 | t=0,46  p>0,05\*\*\* |
| Киста после перенесенного острого панкреатита (n2) | 43,86±1,07 | 39,88±1,56 | t=2,10  p<0,05\*\* | 47,66±1,30 | 50,84±1,80 | t=1,43  p>0,05\*\*\*\* |

\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 2,015 при уровне значимости ɑ = 0,05

\*\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 1,993 при уровне значимости ɑ = 0,05

\*\*\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 2,026 при уровне значимости ɑ = 0,05

\*\*\*\*t - критерий Стьюдента; критическое значение критерия Стьюдента = 1,997 при уровне значимости ɑ = 0,05

Психический компонент здоровья после операции улучшился у всех больных группы прямого дренирования. В группе шунтирующего дренирования отмечено улучшение показателей психического компонента здоровья только при кистах на фоне хронического панкреатита, при кистах после перенесенного острого панкреатита, напротив, отмечено их уменьшение (таблица 33).

Таблица 33

Психический компонент здоровья пациентов I и II групп до и после операции в зависимости от этиологии кистозного образования

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Этиология кисты | До операции | |  | После операции | |  |
| I группа  n119  n242 | II группа  n128  n233 | I группа  n115  n238 | II группа  n124  n230 |
| Киста при хроническом панкреатите (n1) | 38,94±1,88 | 37,62±4,0 | t=0,30  p>0,05\* | 42,99±3,39 | 46,69±2,36 | t=0,90  p>0,05\*\*\* |
| Киста после перенесенного острого панкреатита (n2) | 38,96±1,52 | 43,60±3,18 | t=1,32  p>0,05\*\* | 49,88±2,17 | 41,17±3,81 | t=1,99  p>0,05\*\*\*\* |

\*t - критерий Стьюдента; Критическое значение критерия Стьюдента = 2,015 при уровне значимости ɑ = 0,05

\*\*t - критерий Стьюдента; Критическое значение критерия Стьюдента = 1,993 при уровне значимости ɑ = 0,05

\*\*\*t - критерий Стьюдента; Критическое значение критерия Стьюдента = 2,026 при уровне значимости ɑ = 0,05

\*\*\*\*t - критерий Стьюдента; Критическое значение критерия Стьюдента = 1,997 при уровне значимости ɑ = 0,05

Таким образом, этиология кисты практически не влияет на физический компонент здоровья пациентов независимо от вида дренирования, тогда как психический компонент - улучшается после шунтирующего дренирования кист, развившихся на фоне хронического панкреатита.

**Заключение**

Нами были проанализированы архивные истории болезни всех пациентов, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии ГБУЗ ОКБ с диагнозом «Киста поджелудочной железы» за период с 2000 по 2012 гг., в исследование были включены больные, удовлетворяющие критериям включения, окончательный объем выборки составил 122 истории болезни. Исследование было ретроспективным «случай-контроль».

При изучении результатов внутреннего дренирования кисты поджелудочной железы больные (122) ретроспективно были разделены на две группы в зависимости от принципиального способа дренирования. Группа I состояла из 61 (50%) больного, у которого проведено прямое дренирование кист поджелудочной железы в пищеварительный тракт (цистогастроанастомоз у 50 (41%), цистодуоденоанастомоз у 11 (9%) пациентов). В группу II вошел 61 пациент (50%), у которого проведено шунтирующее дренирование кисты путем наложения цистоеюноанастомоза с петлей кишки, выключенной по Ру.

Для контроля за результатами операции в раннем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки использовались как общеклинические, так и инструментальные методы обследования: ультразвуковое исследование органов брюшной полости, компьютерная и магнитнорезонансная томография, фиброгастродуоденоскопия.

Ближайшие результаты операций оценивались по характеру течения послеоперационного периода, числу наблюдавшихся ранних послеоперационных осложнений, по продолжительности послеоперационного периода.

Эффективность оперативного вмешательства в купировании болевого синдрома оценивали с использованием визуально-аналоговой шкалы до операции, в раннем послеоперационном периоде, и в отдаленные сроки.

У больных исследовали также трофологический статус до операции и в послеоперационном периоде с использованием антропометрических показателей и индекса массы тела по формуле Кетле.

Проводилось также анкетирование больных. До операции оно осуществлялось при помощи специально разработанной оригинальной анкеты №1 (приложение 1) включающей 150 вопросов, затрагивающих коморбидный фон, различные стороны жизни и анамнеза больных. После операции для анкетирования использовалась анкета №2 (приложение 2).

Качество жизни пациентов мы определяли при помощи опросника The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36).

Отдаленный период прослежен на протяжении 2 лет после проведения операции у всех больных. Умерли 15 (12,3%) пациентов, в том числе 8 (13,1%) из первой группы и 7 (11,5%) – из второй. Таким образом, результаты операции оценены у 107 (87,7%) больных - у 53 из первой группы и у 54 – из второй.

Выявлены различия в общем числе ранних послеоперационных осложнений в сравниваемых группах. Наблюдалась тенденция к более частому их возникновению при прямом дренировании кисты. Сравнительно высоким в I группе больных был и удельный вес тяжелых осложнений (III степени и выше).

Из полученных данных следует, что для уменьшения числа ранних послеоперационных инфекционных осложнений у больных с кистами после перенесенного острого панкреатита лучше применять прямое дренирование, а у больных с кистами на фоне хронического панкреатита - шунтирующее.

Технические осложнения во II группе чаще встречались у пациентов с большей длительностью заболевания и при инфицированном характере кисты (р>0,05). Полученные данные свидетельствовали о том, что при инфицированном характере кисты во избежание технических осложнений предпочтительнее использовать прямое дренирование как наиболее простой в техническом отношении вариант анастомоза, не требующий значительного времени для наложения.

На продолжительность пребывания больных в стационаре вид оперативного вмешательства существенного влияния не оказывал.

Отдаленные результаты операций внутреннего дренирования ложных кист поджелудочной железы свидетельствовали о довольно высоком проценте смертности больных.

Рецидив кисты в отдаленном периоде наблюдался чаще в I группе пациентов, но при этом больные данной группы были старше по возрасту, имели осложненный характер кист, больше сопутствующих заболеваний, более длительный анамнез, больший размер кист и большее число ранее выполненных оперативных вмешательств. Иными словами, данная группа пациентов была значительно тяжелее, чем группа II. У пациентов группы шунтирующего дренирования рецидив заболевания чаще наблюдался при кистах после перенесенного острого панкреатита.

У всех пациентов с рецидивом кисты выполнены повторные оперативные вмешательства (чаще дренирующие, реже резекционные).

Рецидив болевого синдрома достоверно чаще наблюдался после шунтирующих операций. Ретроспективный анализ дает основание считать, что предпосылкой возврата болей является продолжающийся хронический дегенеративный процесс в поджелудочной железе.

Оценка коморбидного фона показала, что число больных сахарным диабетом в обеих группах достоверно не увеличилось. Пациентов с недостаточностью питания стало больше в первой группе. Количество больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя в обеих группах не изменилось. Оценка трудовой занятости пациентов показала, что процент безработных в первой группе увеличился, а во второй - уменьшился.

При анализе показателей интенсивности болей после операции с помощью визуально-аналоговой шкалы как в группе прямого, так и в группе шунтирующего дренирования достоверное уменьшение выраженности болевого синдрома (до 0 баллов у большей части пациентов). Во II группе чаще встречались пациенты с интенсивностью болевого синдрома 4 балла (р<0,05).

Улучшение показателей ИМТ (увеличение числа пациентов с избыточной массой тела и полное отсутствие пациентов с недостаточностью питания) чаще наблюдалось во второй группе, тогда как в первой группе имела место противоположная тенденция. В I группе увеличилось число пациентов с недостаточностью питания и уменьшилось количество больных с нормальной или избыточной массой тела.

Изучение качества жизни с использованием опросника The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) показало, что после операции шунтирующего дренирования показатели психического компонента здоровья оказались хуже, чем при прямом дренировании, хотя до операции прослеживалась обратная тенденция. Физический компонент здоровья после операции достоверно улучшился у пациентов обеих групп, однако во второй группе данный показатель стал лучше, чем в I группе, хотя до операции он был лучше у пациентов I группы.

Этиология кисты практически не влияла на физический компонент здоровья пациентов независимо от вида дренирования, тогда как показатели психического компонента были лучше у больных после шунтирующего дренирования кист, развившихся на фоне хронического панкреатита.

**Выводы**

1. Анализ ближайших результатов выполненных операций свидетельствует о том, что осложнения раннего послеоперационного периода при прямом дренировании ложных кист поджелудочной железы встречаются чаще, чем при шунтирующем. Наименьшее число осложнений получено у пациентов с прямым дренированием кист, развившихся после перенесенного острого панкреатита, и с шунтирующим дренированием кист, образовавшихся на фоне хронического панкреатита.
2. Наиболее частыми осложнениями в отдаленном периоде после выполненных операций являются рецидив кисты и рецидив болевого синдрома. Первое из указанных осложнений чаще встречается после прямого дренирования кисты, второе – после шунтирующего.
3. В отдаленном периоде после операции у всех больных отмечено улучшение показателей качества жизни, при этом физический компонент здоровья лучше у пациентов, перенесших шунтирующее дренирование кисты, а психический – у больных, перенесших ее прямое дренирование. В группе прямого дренирования повышается процент безработных пациентов и лиц с недостаточностью питания.
4. Отдаленные результаты операций внутреннего дренирования ложных кист поджелудочной железы имеют связь с коморбидным фоном. Как правило, у работающих пациентов эти результаты лучше, чем у безработных.

**Практические рекомендации**

1. В качестве эффективного метода лечения больных с ложными кистами поджелудочной железы может быть рекомендовано выполнение операции ее внутреннего дренирования.
2. У больных с ложной кистой поджелудочной железы после перенесенного острого панкреатита, если позволяют анатомическое положение кисты и структура ее стенки, показана операция прямого дренирования (наложение цистогастро- или цистодуоденоананастомоза).
3. При кисте на фоне хронического панкреатита оптимальным является выполнение операции шунтирующего дренирования (цистоеюностомии).
4. Для улучшения качества жизни и коморбидного фона у рассматриваемой категории больных необходимо проводить профилактическую работу, направленную на социальную реабилитацию пациентов.

**Список сокращений и условных обозначений**

|  |  |
| --- | --- |
| ПЖ | - поджелудочная железа |
| КТ | - компьютерная томография |
| МРТ | - магниторезонансная томография |
| РХПГ | - ретроградная холангиопанкреатография |
| Эндо-УЗИ | -эндоскопическая ультрасонография |
| РЭА | -раково-эмбриональный антиген |
| МРТ ХПГ | -магниторезонансная холангиопанкреатография |
| ESGE | -European Society of Gastrointestinal Endoscopy (Европейское Общество Эндоскопистов) |
| ВАШ | - визуально-аналоговая шкала |
| ВОЗ | - Всемирная Организация Здравоохранения |
| ИМТ | - индекс массы тела |
| ГПП | - главный панкреатический проток |
| ХП | - хронический панкреатит |
| ОП | - острый панкреатит |
| КЖ | - качество жизни |
| ЦГА | - цистогастроанастомоз |
| ЦДА | - цистодуоденоанастомоз |
| ЦЕА | - цистоеюноанастомоз |
| МКБ-10 | - международная классификация болезней 10-го пересмотра |
| ФК | - функциональный класс |
| ХВН | - хроническая венозная недостаточность |
| ТКЖС | - толщина кожно-жировой складки |
| ПК | - псевдокиста |

**Список литературы**

1. Авдеев, А.М. Диагностика и лечение псевдокист поджелудочной железы: автореф. дис. …канд. мед. наук: 14.01.17 / Алексей Михайлович Авдеев. – С.-Петербург, 2014г. – С. 24.
2. Алибегов, Р.А. Факторы прогноза и качество жизни больных, перенесших панкреатодуоденальную резекцию / Р.А.Алибегов. Т.И.Прохоренко, О.А.Сергеев, И.Д.Жвитиашвили // Анналы хирургической гепатологии. - 2009. - №1. – С. 96-102.
3. Алферов, С.Ю. Панкреатоеюностомия по Puestow-1 и цистогастростомии в лечение больных хроническим панкреатитом и кистами поджелудочной железы: автореф. дис. …канд. мед. наук: 14.01.27 / Сергей Юрьевич Алферов. - Екатеринбург, 2001. - С. 17.
4. Аносенко, С.А. К оценке результатов хирургического лечения хронического панкреатита: автореф. дис. …канд. мед. наук.: 14.01.17 / Сергей Анатольевич Аносенко. – Ярославль, 2012. – 21 с.
5. Артемьева, Н.Н. Хирургическая тактика при псевдокистах поджелудочной железы / Н.Н. Артемьева, И.П. Савинов, В.М. Саврасов и др. // Анналы хирургической гепатологии. - 1997. - №.2. - С. 74.

1. [Ахмеров, Д. Р](http://www.kgmu.kcn.ru:8888/cgi-bin/irbis64r_01/cgiirbis_64.exe?Z21ID=&I21DBN=AVT&P21DBN=AVT&S21STN=1&S21REF=5&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=10&S21P01=0&S21P02=1&S21P03=A=&S21STR=%D0%90%D1%85%D0%BC%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%B2,%20%D0%94%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D1%80%20%D0%A0%D0%B8%D0%BC%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%87).  Диагностика и хирургическое лечение ложных кист поджелудочной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Дамир Римович Ахмеров.- Уфа, 2006. - 24 с.
2. Ачкасов, Е.Е. Постнекротические осложнения острого панкреатита клиника, диагностика, профилактика лечения: автореф. дис. …док. мед. наук: 14.00.27/ Евгений Евгеньевич Ачкасов. – М., 2008. – 44 с.
3. Ачкасов Е.Е. Лечение ложных кист тела и хвоста поджелудочной железы, сообщающихся с её протоковой системой. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2007, №9 – С.36-40.
4. Ачкасов, Е.Е. Место пункционного дренирования абсцессов забрюшинного пространства в комплексе лечения гнойных поражений при остром панкреатите / А.В. Пугаев, Н.Л. Травникова, Е.В. Карамышева, И.А. Шерешень, С.С. Павлова, Л.С. Новикова, И.И. Максимова, Д.Ю. Каннер // Сборник научных трудов, посвящённый 45-летию ГКБ №67 Департамента здравоохранения г. Москвы «Актуальные вопросы клинической медицины» – 2004 –С.140-141.
5. Багненко,С.Ф. Профилактика и лечение острого травматического панкреатита / С.Ф. Багненко, В.Р. Гольцов // Анналы хирургической гепатологии. - 2010. - №1.- С. 57-61.
6. Багненко, С.Ф.Диагностика тяжести острого панкреатита в ферментативной фазе заболевания / С.Ф.Багненко, Н.В.Рухляда, В.Р. Гольцов // Клин.-лаб. конс. - 2005.- №7. - С. 18–19.
7. Бахтин, В.А. Отдаленные результаты хирургического лечения осложненных псевдокист поджелудочной железы с применением бесконтактной аргоноплазменной коагуляции / В.А Бахтин, В.А Янченко, Е.Н Серебренникова и др.// Современные проблемы науки и образования. – 2011. – № 4.
8. Брехман, И. И. Валеология— наука о здоровье/ И.И.Брехман. - М., 1990. – 208 с.
9. Бывальцев, В.А. Использование шкал и анкет в вертебрологии / В.А.Бывальцев, Е.Г.Белых, В.А.Сороковиков, Н.И. Арсентьева //Журнал неврологии и психиатрии. – 2011. - №2. - С. 51-56.
10. Вилявин, Г.Д. Кисты и свищи поджелудочной железы / Г.Д.Вилявин, В.И.Кочиашвили, К.К.Калтаев. - М. Медицина, 1976. – 192 с.
11. Винник, Ю.С. Острый панкреатит: патогенез, клиника, лечение (экспериментально-клиническое исслед.): автореф. дис. …док. мед. наук.: 14.00.27 / Юрий Семенович Винник. – Красноярск, 2000. – 55 с.
12. Волков, Д.Б. Хирургическая тактика при механическом повреждении поджелудочной железы: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.27 / Дмитрий Борисович Волков. - Санкт-Петербург, 2005. – 44 с.
13. Гальперин, Э.И. Хронический панкреатит /Э.И.Гальперин // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. - №3. – С. 92-110.
14. Гостищев, В.К. Диагностика и лечение осложненных постнекротических кист поджелудочной железы / В.К.Гостищев, А.Н.Афанасьев, А.В. Устименко // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2006. - №6. – С. 4-7.
15. Гостищев, В.К. Неотложные хирургические вмешательства при осложненных постнекротических ложных кистах поджелудочной железы / В.К.Гостищев, В.А.Глушко // Анналы хирургической гепатологии. – 1999. - №4. – С. 151-152.
16. Гришанков С.А. Кистозные опухоли поджелудочной железы / С.А.Гришанков, В.А.Кубышкин, Г.Г.Кармазоновский // Хирургия. – 2006. - №11. – С. 65 – 70.
17. Данилов, М.В. Хирургия поджелудочной железы: руководство для врачей /М.В. Данилов,  В.Д. Фёдоров – М., Медицина, 1995. – 512 с.
18. Данилов, М.В. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы: Руководство для врачей. /М.В.Данилов. В.Д.Федоров — М.: Медицина, 2003. - 424 с.
19. Добров, С.Д. Органосохраняющие технологии при хроническом панкреатите головки поджелудочной желез / С.Д.Добров,А.С.Полякевич, Е.М.Благитко, Г.Н.Толстых, В.А Митин // Анналы хирургическое гепатологии. – 2007. - № 2. – С.х.
20. Дорошевский, С.В. Структурные изменения псевдокисты поджелудочной железы после её опоржнения путем пункционной аспирации (экспериментальное исследование) / С.В.Дорошевский // Вестник хирургии. – 2011. - №4. – С. 30-33.
21. Дюжева, Т.Г. Конфигурация некроза поджелудочной железы и диффернецированное лечение острого панкреатита / Т.Г.Дюжева, Е.В.Джус, А.В.Шефер и др. // Анналы хирургической гепатологии. – 2013г.- №1. – С. 92.
22. Евтихова, Е. Ю. Хронический панкреатит дифференцированный подход к хирургическому лечению: автореф. дис. … докт. мед. наук: 14.01.17 / Екатерина Юрьевна Евтихова - Санкт-Петербург, 2010. – 44 с.
23. Егоров, В.И. Резекция головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите. Как делать и как назвать? (аналитический обзор) / В.И. Егоров, В.А.Вишневский, А.Т.Шастный, Т.В.Шевченко. О.И.Жаворонкова, Р.В.Петров, М.В.Полторацкий, О.В.Мелехина // Хирургия. – 2009. - №8. – С. 57-66.
24. Кандыба, С.И. Выбор хирургической тактики при лечении постнекротических кист поджелудочной железы: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Сергей Иосифович Кандыба. – М,. 2005. - 103 с.
25. Карпачев, А.А. Сравнительная оценка влияния различных методов хирургического лечения хронического панкреатита на качество жизни больных / А.А.Карпачев, И.П.Парфенов, А.Ю.Хлынин, А.Л.Ярош, А.В.Солошенко, В.Д.Полянский // Теоретическая и клиническая медицина. – 2012.- №1.- С.34-38.
26. Касумьян С.А. Хирургическое лечение хронической дуоденальной непроходимости при сочетании с хроническим панкреатитом и опухолями пан креатодуоденальной зоны / С.А.Касумьян, Р.А. Алибегов, Н.П.Снытко // Вестник хирургии. - 1997. - № 4. - С. 42-45.
27. Копчак, В.М. Хирургическое лечение больных хроническим панкреатитом /В.М.Копчак, И.В.Хомяк, Д.А.Чевердюк, К.В.Копчак, А.И.Зелинский // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. - №4. – С. 64-70.
28. Ломоносов, А.Л. Комплексное лечение наружных свищей: автореф. дис. …кан. мед. наук: 14.00.27/ Андрей Лотович Ломоносов. – Тверь, 1994. – 19 с.
29. Лященко Ю. Н. Питательная поддержка больных со спинальной травмой // [Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга](http://paralife.narod.ru/library/reabilitaciya-bolnyh-tbsm/00-soderzhanie.htm); Под общ. ред. Г.Е. Ивановой, В.В. Крылова, М.Б. Цыкунова, Б.А. Поляева. - М.: ОАО «Московские учебники и Картолитография».- 2010.- С. 371-506.
30. Маев, И.В. Болезни поджелудочной железы: практическое руководство / И.В.Маев, Ю.А. Кучерявый. - М., 2009г. - 736 с.
31. Минушкин, О.Н. Хронический панкреатит: некоторые аспекты патогенеза, диагностики и лечения / О.Н.Миушкин // Consilium-Medicum. - 2002. - Том 4. - №1.- С.хх.
32. Мишин В.Ю. Современный подход к лечению псевдокист поджелудочной железы / В.Ю.Мишин, А.П.Квезерова // Анналы хирургии. – 2000. - №3. – С. 32-37.
33. Новик, А.А.Показатели качества жизни населения Санкт-Петербурга / А.а.новик, Т.И.Ионова, Б.Гандек, Ю.А.Сухонос, А.В. Киштович, А.А.Цепкова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. - №4. - С. 22-31.
34. Осипова, Н.А.Хронический болевой синдром в онкологии / Н.А.Осипова, Г.А.Новиков, Б.М. Прохоров. - М., Медицина, 1999. – 183 с.
35. Парфенов, И.П.Хирургическое лечение больных хроническим панкреатитом /И.П.Парфенов, А.А. Карпачев, С.П.Францев, А.Л.Ярош, А.В.Солошенко, А.Ю. Хлынин // Анналы хирругической гепатологии. -2011. - №2. - С. 76-82.
36. Парфенов, И.П. Эндоскопические трансмуральные и транспапиллярные вмешательтсва в лечении хронического панкреатита /И.П. Парфенов, А.А.Карпачев, А.Л.Ярош, А.В.Солошенко, А.Ю.Хлынин, В.Д. Полянский // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. - 2011. - №12. - С. 38-43.
37. Погребняков, В.Ю. Возможности наружного дренирования посттравматических ложных кист поджелудочной железы / В.Ю.Погребняков,  JI.K. Куликов // Анналы хирургической гепатологии.—2004.- №2. - С.187.
38. Полянцев, А.А. Кисты поджелудочной железы как источник желудочно-кишечного кровотечения /А.А.Полянцев, В.А.Ивлев, И.В.Трухань // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2011.- №1.- С. 49-51.
39. Попова, Т. С. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях / Т. С. Попова, А.Е. Шестопалов, Т.Ш. Тамазашвили, И.Н. Лейдерман. - М.: М.-Вести, 2002. - 319 с.
40. Рыбаков, Г. С. Алгоритм обследования и лечения больных острым панкреатитом / Г. С. Рыбаков, М. Д. Дибиров, Б. С. Брискин, О. Х. Халидов, М. Г. Барсуков, М. А. Просперов, М. А. Кузнецова, А. А. Михайлин, Ю. И. Рамазанова, Д. В. Ларичев, И. Д. Кузьмина // Журнал. Хирургия. — 2008. — № 4. — С. 20–26.
41. Рыбаков, Г.С. Панкреонекроз. Диагностика и лечение / Г.С. Рыбаков - М., 1994.- 400 с.
42. Рыбаков, Г.С. Видеолапароскопия в профилактике и лечении осложнений панкреонекроза / Г.С.Рыбаков, М.Д.Дибиров, О.Х.Халидов, И.Л. Милешин // Всерос. конф. хирургов, посвященная 75-летию со дня рождения проф. Б.С. Брискина. - М., 2003. - С. 132-133.
43. Савельев, B.C. Лечебная тактика при панкреонекрозе / B.C. Савельев,  М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфанд и др. // Материалы IX Всероссийского съезда хирургов. – Волгоград, 2000. - С. 111 - 112.
44. Савинов, И.П. Клиника, диагностика, хирургическое лечение хронического панкреатита: автореф. дис. …докт. мед. наук. / И.П.Савинов -С-Пб., 1992. - 16 с.
45. Салимгараев, И.З. Отдаленные результаты хирургического лечения больных осложненным хроническим панкреатитом / И.З. Салимгараев, А.Х. Мустафин, А.И. Грицаенко, Ф.Р. Нагаев // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. - 2011. - Т. 6, №2 - С. 27.
46. Скороход, А.М. Эффективность различных оперативных вмешательств при травме поджелудочной железы в общехирургическом стационаре: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.27 / Андрей Михайлович Скороход - Саратов, 2008. – 147 с.
47. Скумс, А. В.Первая в Украине успешно выполненная операция лапароскопическая цистоеюностомия по Ру по поводу псевдокисты поджелудочной железы / Скумс А. В., Шкарбан В. П., Романив Я. В., Снопок Ю. В. // Клиническая хирургия. – 2009.- № 6. – С. 55-56.
48. Силаев, В.Н. Принципы рационального диагностического алгоритма у больных деструктивным панкреатитом /В.Н.Силаев, А.Е.Новосельцев // Сб. науч. тр. Всерос. науч. конф. – Ростов н/Д, 1998. – С. 229.
49. Устименко, А. В. Выбор тактики хирургического лечения осложненных постнекротических кист поджелудочной железы: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.27 / Андрей Владимирович Устименко - М., 2006.- 114 с.
50. Шалимов, А.А. Хронический панкреатит / А.А.Шалимов, В.В.Грубник , Дж. Горовиц и др. – Киев, 2000. – С.
51. Щастный, А.Т. Результаты дуоденумсохраняющей резекции головки поджелудочной железы по Бегеру при хроническом панкреатите / А.Т. Щастный, Р.В.Петров, В.И.Егоров // Анналы хирругической гепатологии. – 2011. - №1. – С. 72-83.
52. Agarwal, N. [Management of pain in chronic pancreatitis: medical or surgical / N. Agarwal, C.S.Pitchumoni //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12544189) J Clin Gastroenterol. – 2003. - №36(2). - Р. 98-99.
53. Ahearne, P.M. [An endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP)-based algorithm for the management of pancreatic pseudocysts / P.M. Ahearne, J.M. Baillie, P.B. Cotton, M.E. Baker, W.C. Meyers, T.N.Pappas //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1733357) Am J Surg. – 1992.- № 163(1). – Р.111-115.

1. [Ahmed, Ali U](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ahmed%20Ali%20U%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22296905). Better pain management in chronic pancreatitis through early surgery? /Ali U. [Ahmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ahmed%20Ali%20U%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22296905), M.J. [Bruno](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bruno%20MJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22296905), Y. [Issa](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Issa%20Y%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22296905), H.G. [Gooszen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Gooszen%20HG%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22296905), P. [Fockens](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Fockens%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22296905), M.A. [Boermeester](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Boermeester%20MA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22296905) // Ned Tijdschr Geneeskd. – 2012. - №5. – Р.4469.

1. [Ahmed, Ali U](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ahmed%20Ali%20U%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22258975). Endoscopic or surgical intervention for painful obstructive chronic pancreatitis /Ali U. [Ahmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ahmed%20Ali%20U%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22258975), J.M. [Pahlplatz](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Pahlplatz%20JM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22258975),W.H. [Nealon](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Nealon%20WH%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22258975), H. [van Goor](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=van%20Goor%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22258975), H.G. [Gooszen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Gooszen%20HG%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22258975), M.A. [Boermeester](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Boermeester%20MA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22258975) // [Cochrane Database Syst Rev.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22258975)- 2012.- № 1. - Р. 7884.

1. [Ahn, J.Y](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ahn%20JY%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21253303). Single-Step EUS-Guided Transmural Drainage of Pancreatic Pseudocysts: Analysis of Technical Feasibility, Efficacy, and Safety / J.Y. [Ahn](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ahn%20JY%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21253303), D.W. [Seo](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Seo%20DW%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21253303), J. [Eum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Eum%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21253303), T.J. [Song](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Song%20TJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21253303), S.H. [Moon](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Moon%20SH%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21253303), [Park do H](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Park%20do%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21253303), S.S. [Lee](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lee%20SS%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21253303), S.K. [Lee](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lee%20SK%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21253303), M.H. [Kim](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kim%20MH%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21253303) // [Gut Liver.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Ahn+JY%2C+Seo+DW%2C+Eum+J%2C+Song+TJ%2C+Moon+SH%2C+Park+do+H%2C+Lee+SS%2C+Lee+SK%2C+Kim+MH)– 2010. - №4. -Р. 524-529.
2. Ajmera, A.V. [Mediastinal extension of pancreatic pseudocyst--a case with review of topic and management guidelines / A.V. Ajmera, T.A. Judge //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21139451) Am J Ther. – 2012. - №5. -Р.152-156.
3. A Aghdassi, A. Pancreatic pseudocysts when and how to treat? / A. Aghdassi, J. Mayerle, M. Kraft, A. W. Sielenkamper, Claus-Dieter Heidecke&M. M. Lerch // HPB. – 2006. -№8.- Р.432-441.
4. Aljarabah, M. [Laparoscopic and endoscopic approaches for drainage of pancreatic pseudocysts: a systematic review of published series / M. Aljarabah, B.J. Ammori //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17717626) Surg Endosc. – 2007/- №11. – Р. 1936-1944.

1. [Ammann, R.W](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ammann%20RW%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=6706066). Course and outcome of chronic pancreatitis. Longitudinal study of a mixed medical-surgical series of 245 patients / R.W. Ammann, A. Akovbiantz, F. Largiader, G. Schueler // Gastroenterology. – 1984. - №5. - P.820-828.

1. [Andersson, B](http://informahealthcare.com.sci-hub.org/action/doSearch?action=runSearch&type=advanced&result=true&prevSearch=%2Bauthorsfield%3A%28Andersson%2C+Bodil%29). Survey of the management of pancreaticpseudocysts in Sweden / B. [Andersson](http://informahealthcare.com.sci-hub.org/action/doSearch?action=runSearch&type=advanced&result=true&prevSearch=%2Bauthorsfield%3A%28Andersson%2C+Bodil%29), A. [Andrén-Sandberg,](http://informahealthcare.com.sci-hub.org/action/doSearch?action=runSearch&type=advanced&result=true&prevSearch=%2Bauthorsfield%3A%28Andr%C3%A9n%5C-Sandberg%2C+%C3%85ke%29) R. [Andersson](http://informahealthcare.com.sci-hub.org/action/doSearch?action=runSearch&type=advanced&result=true&prevSearch=%2Bauthorsfield%3A%28Andersson%2C+Roland%29) // Scand J Gastroenterol.- 2009. -№10.- Р.1252-1258.
2. [Andersson, B](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Andersson%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=16716977). Treatment and outcome in pancreatic pseudocysts / B. [Andersson](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Andersson%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=16716977), E. [Nilsson](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Nilsson%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=16716977), J. [Willner](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Willner%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=16716977), R. [Andersson](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Andersson%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=16716977)  // [Scand J Gastroenterol.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Andersson+B%2C+Nilsson+E%2C+Willner+J%2C+Andersson+R.) – 2006. - №6. – Р.751-756.
3. Andersson, R. [Percutaneous cystogastrostomy in patients with pancreatic pseudocysts / R. Andersson, W. Cwikiel //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12428872) Eur J Surg. – 2002/ - №6. – С.345-348.
4. Aranha, G.V.[The nature and course of cystic pancreatic lesions diagnosed by ultrasound / G.V. Aranha, R.A. Prinz, A.C. Esguerra, H.B. Greenlee //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6830440) Arch Surg. -1983. - №4. – Р.486-488.

1. [Badea, R](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Badea%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20169523). Pseudoaneurysm of splenic artery ruptured in pancreatic pseudocyst and complicated by wirsungorrhagia: the role of the ultrasound techniques and contrast substances / R. [Badea](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Badea%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20169523), A. [Seicean](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Seicean%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20169523), B. [Procopet](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Procopet%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20169523), L. [Dina](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Dina%20L%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20169523), G. [Osian](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Osian%20G%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20169523) // [Ultraschall Med.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Badea+R%2C+Seicean+A%2C+Procopet+B%2C+Dina+L%2C+Osian+G%2C)– 2011. -№2. - Р. 205-207.
2. Bach, R.D. Diagnosis and treatment of pancreatic trauma / R.D. Bach, C.F. Frey // Am J Surg. – 1971. - №1. – Р. 20-29.
3. Balci, N.C. [Radiologic diagnosis and staging of pancreatic ductal adenocarcinoma / N.C. Balci, R.C. Semelka //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11335092) Eur J Radiol. – 2001. -№2. -Р.105-112.
4. Balthazar, E.J. [Acute pancreatitis: assessment of severity with clinical and CT evaluation / E.J. Balthazar //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12034923) Radiology. – 2002. - №3. – Р.603-613.
5. Bansal, V.K. [Laparoscopic management of pseudocyst of the pancreas in a pregnant patient / V.K. Bansal, M.C. Misra, A. Goswami, P. Garg, T. Yonjen, R. Kilambi //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22318076) Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.- 2012.- №1. – Р.37-8.
6. Barragan, B. [A comparison of anterior and posterior approaches for the surgical treatment of pancreatic pseudocyst using laparoscopic cystogastrostomy](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16366865) / B. Barragan, L. Love, M. Wachtel, J.A. Griswold, E.E. Frezza // J Laparoendosc Adv Surg Tech A. – 2005. - №6. – Р.596-600.

1. [Barthet, M](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Barthet+M%22). Management of cysts and pseudocysts complicating chronic pancreatitis. A retrospective study of 143 patients / M. [Barthet](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Barthet+M%22), M. [Bugallo](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Bugallo+M%22), L.S. [Moreira](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Moreira+LS%22), C. [Bastid](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Bastid+C%22), B. [Sastre](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Sastre+B%22), J. [Sahel](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Sahel+J%22)  // Gastroenterol Clin Biol. – 1993. - №4. – Р.270-276.
2. Basha, J. [Biodegradable stents: truly biodegradable with good tissue harmony / J. Basha, S. Appasani, K. Vaiphei, V. Gupta, K. Singh, R. Kochhar //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23716086) Endoscopy. – 2013. - №l 2. – Р. 116-117.

1. [Basiński, A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Basi%C5%84ski%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21286817). Influence of religiosity on the quality of life and on pain intensity in chronic pancreatitispatients after neurolytic celiac plexus block: case-controlled study / A. [Basiński](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Basi%C5%84ski%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21286817), T. [Stefaniak](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Stefaniak%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21286817), M. [Stadnyk](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Stadnyk%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21286817), A. [Sheikh](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sheikh%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21286817), A.J. [Vingerhoets](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Vingerhoets%20AJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21286817)  // [J Relig Health.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21286817)- 2011.- №1. – Р.276-284.
2. Basturk, O. [Pancreatic cysts: pathologic classification, differential diagnosis, and clinical implications / O. Basturk, I. Coban, N.V. Adsay //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19260748) Arch Pathol Lab Med. -2009. - №3. – Р.423-438.
3. Beger, H.G. [Natural course of acute pancreatitis / H.G. Beger, B. Rau, J. Mayer, U. Pralle //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8995067) World J Surg. – 1997. - №2. – Р.130-135.
4. Behrns, KE. [Surgical therapy of pancreatic pseudocysts / KE Behrns, K. J. Ben-David //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18461418) Gastrointest Surg. – 2008. – №12. – Р.2231-2239.
5. Bergman, S. [Operative and nonoperative management of pancreatic pseudocysts / S. Bergman, W.S. Melvin //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18053841) Surg Clin North Am. – 2007. - №6. – Р.1447-1460.

1. [Bernades, P](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bernades%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=1735356). Splenic and portal venous obstruction in chronic pancreatitis. A prospective longitudinal study of a medical-surgical series of 266 patients / P. [Bernades](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bernades%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=1735356), A. [Baetz](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Baetz%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=1735356), P. [Lévy](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=L%C3%A9vy%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=1735356), J. [Belghiti](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Belghiti%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=1735356), Y. [Menu](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Menu%20Y%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=1735356), F. [Fékété](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=F%C3%A9k%C3%A9t%C3%A9%20F%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=1735356)  // [Dig Dis Sci.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Bernades+P%2C+Baetz+A%2C+L%C3%A9vy+P%2C+Belghiti+J%2C+Menu+Y%2C+F%C3%A9k%C3%A9t%C3%A9+F)– 1992. - №3. – Р.340-346.
2. Bessel-Hagen, F. Zur operativen Behandlung der Pankre-ascysten / F. Bessel-Hagen // Verhandl Deuts Gesellschaft Chir. - 1900. - Vol. 2. -P.683-695.
3. Beyer-Enke, S.A. [Contrast enhanced transabdominal ultrasound in the characterisation of pancreatic lesions with cystic appearance / S.A. Beyer-Enke, M. Hocke, A. Ignee, B. Braden, C.F. Dietrich //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20818109) JOP. – 2010. - №5. –Р.427-433.

1. [Bhasin, D.K](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bhasin%20DK%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21359595). Comparative evaluation of transpapillary drainage with nasopancreatic drain and stent in patients with large pseudocysts located near tail of pancreas / D.K. [Bhasin](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bhasin%20DK%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21359595), S.S. [Rana](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Rana%20SS%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21359595), M. [Nanda](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Nanda%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21359595), V.S. [Chandail](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Chandail%20VS%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21359595), R. [Gupta](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Gupta%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21359595), M. [Kang](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kang%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21359595), B. [Nagi](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Nagi%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21359595), S.K. [Sinha](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sinha%20SK%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21359595), K. [Singh](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Singh%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21359595) // [J Gastrointest Surg.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Bhasin+DK%2C+Rana+SS%2C+Nanda+M%2C+Chandail+VS%2C+Gupta+R%2C+Kang+M%2C+Nagi+B%2C+Sinha+SK%2C+Singh+K.)– 2011. - №5. – Р.772-776.

1. [Bhasin, D.K](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bhasin%20DK%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19915913). Endoscopic management of pancreatic pseudocysts at atypical locations / D.K. [Bhasin](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bhasin%20DK%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19915913), S.S. [Rana](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Rana%20SS%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19915913), M. [Nanda](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Nanda%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19915913), V.S. [Chandail](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Chandail%20VS%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19915913), I. [Masoodi](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Masoodi%20I%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19915913), M. [Kang](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kang%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19915913), N. [Kalra](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kalra%20N%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19915913), S.K. [Sinha](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sinha%20SK%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19915913), B. [Nagi](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Nagi%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19915913), K. [Singh](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Singh%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19915913)  // [Surg Endosc.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Bhasin+DK%2C+Rana+SS%2C+Nanda+M%2C+Chandail+VS%2C+Masoodi+I%2C+Kang+M%2C+Kalra+N%2C+Sinha+SK%2C+Nagi+B%2C+Singh+K) – 2010. - №5. – Р.1085-1091.
2. Bhattacharya, D. [Contemporary minimally invasive approaches to the management of acute cholecystitis: a review and appraisal / D. Bhattacharya, B.J. Ammori //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15714147) Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. – 2005. - №1. – Р.1-8.
3. Bhattacharya, D. Minimally invasive approaches to the management of pancreatic pseudocysts: review of the literature / D. Bhattacharya, B.J. Ammori // Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. – 2003. №13. – Р.141–148.
4. [Bisharat, N](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bisharat%20N%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=11798256). Risk of infection and death among post-splenectomy patients / [Bisharat N](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bisharat%20N%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=11798256), [Omari H](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Omari%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=11798256), [Lavi I](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lavi%20I%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=11798256), [Raz R](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Raz%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=11798256) // [J Infect.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Bisharat+N%2C+Omari+H%2C+Lavi+I%2C+Raz+R.) – 2001. - №3. – Р.182-186.
5. [Bødker, A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=B%C3%B8dker%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7247537). Pancreatic pseudocysts. A follow-up study / [Bødker A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=B%C3%B8dker%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7247537), [Kjaergaard J](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kjaergaard%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7247537), [Schmidt A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Schmidt%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7247537), [Tilma A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Tilma%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7247537) // [Ann Surg.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=B%C3%B8dker+A%2C+Kjaergaard+J%2C+Schmidt+A%2C+Tilma+A.) – 1981. - №1. – Р.80-84.
6. Boerma, D. [Internal drainage of infected pancreatic pseudocysts: safe or sorry?](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10805550) / D. Boerma, T.M. van Gulik, H. Obertop, D.J. Gouma // Dig Surg. – 1999. - №6 – Р.501-505.

1. [Bouassida, M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bouassida%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22937202). Gastrointestinal bleeding due to an erosion of the superior mesenteric artery: an exceptional fatal complication of pancreatic pseudocyst / M. [Bouassida](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bouassida%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22937202), M. [Benali](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Benali%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22937202), H. [Charrada](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Charrada%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22937202), M. [Ghannouchi](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ghannouchi%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22937202), F. [Chebbi](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Chebbi%20F%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22937202), M.M. [Mighri](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Mighri%20MM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22937202), M.M. [Azzouz](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Azzouz%20MM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22937202), H. [Touinsi](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Touinsi%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22937202), S. [Sassi](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sassi%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22937202)  // [Pan Afr Med J.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Bouassida+M%2C+Benali+M%2C+Charrada+H%2C+Ghannouchi+M%2C+Chebbi+F%2C+Mighri+MM%2C+Azzouz+MM%2C+Touinsi+H%2C+Sassi+S) – 2012. - №12. Р.62.
2. Boutros, C. [Open cystogastrostomy, retroperitoneal drainage, and G-J enteral tube for complex pancreatitis-associated pseudocyst: 19 patients with no recurrence / C. Boutros, P. Somasundar, N.J. Espat //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20535579) J Gastrointest Surg. – 2010. - №8. – Р.1298-1303.
3. Bowling, A. Measuring Health: a review of quality of life measurement scales. 2th ed. / A.Bowling // Philadelphia: Open University Press. - 1997. – 160 p.
4. Bradley, E.L. A clinical based classification system of acute pancreatitis / E.L. Bradley //Arch. Surg. - 1993. - V.128. - P. 586 - 590.
5. Bradley, E. L. [Diagnosis and initial management of blunt pancreatic trauma: guidelines from a multiinstitutional review / E.L3rd Bradley, P.R. Young Jr, M.C. Chang, J.E. Allen, C.C. Baker, W. Meredith, L. Reed, M. Thomason //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9637549) Ann Surg. – 1998. - №6. – Р.861-869.
6. Bradley, E.L. [Atlanta redux: revisiting the severity stratification system for acute pancreatitis / E.L3rd Bradley //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23108124) Ann Surg. – 2012. - №6. Р.881-882.

1. [Bramis, K](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bramis%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22434330). Systematic review of total pancreatectomy and islet autotransplantation for chronic pancreatitis / K. [Bramis](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bramis%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22434330), A.N. [Gordon-Weeks](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Gordon-Weeks%20AN%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22434330), P.J. [Friend](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Friend%20PJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22434330), E. [Bastin](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bastin%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22434330), A. [Burls](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Burls%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22434330), M.A. [Silva](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Silva%20MA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22434330), A.R. [Dennison](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Dennison%20AR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22434330)  // [Br J Surg.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22434330)– 2012. - №6. – Р.761-766.
2. Buchler, M.W. Surgical therapy in chronic pancreatitis / M.W.Buchler, P. Berberat, P.U. Reber, H.Friess // Ther. Umsch.– 1996.– № 5.– P.365–376.
3. Bulinger, M. [Cross-cultural comparisons of the content of SF-36 translations across 10 countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9817109) / M.Bulinger, J. Alonso, G. Apolone et al // J. Clin. Epidemiol. – 1998. -N 11. – P. 913-923.

1. [Cahen, D.L](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Cahen%20DL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21843494). Long-term outcomes of endoscopic vs surgical drainage of the pancreatic duct in patients with chronic pancreatitis / D.L. [Cahen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Cahen%20DL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21843494), D.J. [Gouma](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Gouma%20DJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21843494), P. [Laramée](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Laram%C3%A9e%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21843494), Y. [Nio](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Nio%20Y%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21843494), E.A. [Rauws](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Rauws%20EA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21843494), M.A. [Boermeester](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Boermeester%20MA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21843494), O.R. [Busch](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Busch%20OR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21843494), P. [Fockens](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Fockens%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21843494), E.J. [Kuipers](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kuipers%20EJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21843494), S.P. [Pereira](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Pereira%20SP%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21843494), D. [Wonderling](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Wonderling%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21843494), M.G. [Dijkgraaf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Dijkgraaf%20MG%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21843494), M.J. [Bruno](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bruno%20MJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21843494) // [Gastroenterology.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21843494) - 2011. - №5. – Р.1690-1695.
2. Cannon, J.W. [Diagnosis and management of pancreatic pseudocysts: what is the evidence?](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19717045) / J.W. Cannon, M.P. Callery, C.M. Vollmer Jr. // J Am Coll Surg. – 2009. - №3. – Р.385-393.
3. Castellanos, G. [Conservative management of intra-abdominal hypertension with compression of the inferior vena cava due to pancreatic pseudocyst / G. Castellanos, A. Piñero, J.A. Fernández //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22713089) J Dig Dis. – 2012. - №7. – Р.386-388.
4. Catalano, M.F. Diagnosis of chronic pancreatitis by endoscopic ultrasonography / M.F.Catalano, J.E. Geenen // Endoscopy.– 1998. - №30. –Р.111- 115.
5. Chahal, P. [Endoscopic transmural entry into pancreatic fluid collections using a dedicated aspiration needle without endoscopic ultrasound guidance: success and complication rates / P. Chahal, G.I. Papachristou, T.H. Baron //](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F17332952) Surg Endosc. – 2007. - №10. – Р.1726-1732.
6. Chak, A. [Endosonographic-guided therapy of pancreatic pseudocysts / A.Chak //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11115944) Gastrointest Endosc. – 2000. - №6. – Р.23-27.
7. Champault, G. [Laparoscopic treatment of pancreatic pseudocyst. 3 cases / G. Champault, N. Rizk, E. Lebhar, J.M. Catheline, C. Barrat, F. Cazacu //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9752407) Ann Chir. – 1998. - №1. – Р.41-44.
8. Chang, L.C. [Progressive abdominal pain after acute pancreatitis / L.C. Chang, K.L. Liu, H.P. Wang //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20542861) Gut. – 2011. - №7. – Р.922.
9. Chang,Y.C. [Thoracoscopic drainage of ascending mediastinitis arising from pancreatic pseudocyst / Y.C. Chang, C.W. Chen //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19386659) Interact Cardiovasc Thorac Surg. – 2009. - №1. – С.144-145.

1. [Cheruvu, C.V](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Cheruvu%20CV%22%5BAuthor%5D). Conservative treatment as an option in the management of pancreatic pseudocyst /C.V. [Cheruvu,](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Cheruvu%20CV%22%5BAuthor%5D) M.G. [Clarke](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Clarke%20MG%22%5BAuthor%5D), M. [Prentice](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Prentice%20M%22%5BAuthor%5D) et al. // [Ann. R. Coll. Surg. Engl.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ann%20R%20Coll%20Surg%20Engl%202003%2C%2085%20313) -2003. –Vol. 85,№ 5. –Р. 313-916.
2. Cizginer, S. [Cyst fluid carcinoembryonic antigen is an accurate diagnostic marker of pancreatic mucinous cysts /](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21775920)  S. Cizginer, B.G. Turner, A.R. Bilge, C. Karaca, M.B. Pitman, W.R. Brugge // [Pancreas.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Cizginer+S%2C+Turner+BG%2C+Bilge+AR%2C+Karaca+C%2C+Pitman+MB%2C+Brugge+WR) -  2011. - №7. – Р.1024-1028.

1. [Coelho, D.E](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Coelho%20DE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21343833). Clinicopathologic characteristics and endoscopic treatment of post-traumatic pancreatic pseudocysts / D.E. [Coelho](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Coelho%20DE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21343833), J.C. [Ardengh](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ardengh%20JC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21343833), M.T. [Carbalo](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Carbalo%20MT%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21343833), E.R. [de Lima-Filho](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=de%20Lima-Filho%20ER%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21343833), T.H. [Baron](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Baron%20TH%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21343833), J.F. [Coelho](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Coelho%20JF%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21343833) // [Pancreas.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Coelho+DE%2C+Ardengh+JC%2C+Carbalo+MT%2C+de+Lima-Filho+ER%2C+Baron+TH%2C+Coelho+JF)– 2011. - №3. – Р. 469-473.
2. Cooperman, A.M. [Surgical treatment of pancreatic pseudocysts / A.M. Cooperman //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11392428) Surg Clin North Am. – 2001. - №2. - Р.411-419.
3. Criado, E. [Long term results of percutaneous catheter drainage of pancreatic pseudocysts / E. Criadо, A.A. De Stefano, T.M. Weiner, P.F. Jaques //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1411884) Surg Gynecol Obstet. – 1992. - №4. – Р.293-298.

1. [Crisanto-Campos, B.A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Crisanto-Campos%20BA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22951042). Laparoscopic drainage of a pancreatic pseudocyst: a case report / B.A. [Crisanto-Campos](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Crisanto-Campos%20BA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22951042), M.E. [Rojano-Rodríguez](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Rojano-Rodr%C3%ADguez%20ME%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22951042), L.E. [Cárdenas-Lailson](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=C%C3%A1rdenas-Lailson%20LE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22951042), M.A. [Gallardo-Ramírez](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Gallardo-Ram%C3%ADrez%20MA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22951042), P. [Arrieta-Joffe](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Arrieta-Joffe%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22951042), M.A. [Márquez-Ugalde](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=M%C3%A1rquez-Ugalde%20MA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22951042), M. [Moreno-Portillo](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Moreno-Portillo%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22951042) // [Rev Gastroenterol Mex.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Crisanto-Campos+BA%2C+Rojano-Rodr%C3%ADguez+ME%2C+C%C3%A1rdenas-Lailson+LE%2C+Gallardo-Ram%C3%ADrez+MA%2C+Arrieta-Joffe+P%2CM%C3%A1rquez-Ugalde+MA%2C+Moreno-Portillo+M)– 2012. - №3. – Р.148-152.
2. Curry, L. [Percutaneous cystgastrostomy as a single-step procedure / L. Curry, P. Sookur, D. Low, S. Bhattacharya, T. Fotheringham //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19067042) Cardiovasc Intervent Radiol. – 2009. - №2. – Р.289-295.

1. [de Jong, K](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=de%20Jong%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20621679). High prevalence of pancreatic cysts detected by screening magnetic resonance imaging examinations / K. [de Jong](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=de%20Jong%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20621679), C.Y. [Nio](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Nio%20CY%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20621679), J.J. [Hermans](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hermans%20JJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20621679), M.G. [Dijkgraaf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Dijkgraaf%20MG%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20621679), D.J. [Gouma](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Gouma%20DJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20621679), C.H. [van Eijck](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=van%20Eijck%20CH%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20621679), E. [van Heel](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=van%20Heel%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20621679), G. [Klass](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Klass%20G%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20621679), P. [Fockens](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Fockens%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20621679), M.J. [Bruno](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bruno%20MJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20621679) // [Clin Gastroenterol Hepatol.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=de+Jong+K%2C+Nio+CY%2C+Hermans+JJ%2C+Dijkgraaf+MG%2C+Gouma+DJ%2C+van+Eijck+CH%2C+van+Heel+E%2C+Klass+G%2C+Fockens+P%2CBruno+MJ)– 2010. - №9. – Р.806-811.

1. [Degiannis, E](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Degiannis%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=17996869). Management of pancreatic trauma / E. [Degiannis](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Degiannis%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=17996869), M. [Glapa](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Glapa%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=17996869), S.P. [Loukogeorgakis](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Loukogeorgakis%20SP%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=17996869), M.D. [Smith](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Smith%20MD%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=17996869)  // [Injury.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Degiannis+E%2C+Glapa+M%2C+Loukogeorgakis+SP%2C+Smith+MD)– 2008. - № 1. – Р.21-29.
2. D’Egidio, A. Pancreatic pseudocysts: a proposed classification and its management implications / A.D’Egidio, М.Schein // Br. J. Surg. - 1991.- V. 78. - P. 981–984.
3. Dewhurst, C.E. [Cystic tumors of the pancreas: imaging and management / C.E. Dewhurst, K.J. Mortele //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22560692) Radiol Clin North Am. – 2012. - №3. – Р.467-486.
4. DeWitt , J. [EUS-guided ethanol versus saline solution lavage for pancreatic cysts: a randomized, double-blind study / J. DeWitt, K. McGreevy, C.M. Schmidt, W.R. Brugge //](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F19577745) Gastrointest Endosc. – 2009. - №4. – Р.710-723.

1. [Díaz-Díaz, D](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=D%C3%ADaz-D%C3%ADaz%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22014423). Portal vein rupture secondary to a pancreatic pseudocyst / D. [Díaz-Díaz](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=D%C3%ADaz-D%C3%ADaz%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22014423), A. [Martínez de la Gándara](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Mart%C3%ADnez%20de%20la%20G%C3%A1ndara%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22014423), B. [Bueno](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bueno%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22014423), M. [Villanova](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Villanova%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22014423), E. [Palencia Herrejon](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Palencia%20Herrejon%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22014423)  // [Med Intensiva.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=D%C3%ADaz-D%C3%ADaz+D%2C+Mart%C3%ADnez+de+la+G%C3%A1ndara+A%2C+Bueno+B%2C+Villanova+M%2C+Palencia+Herrejon+E%3B)– 2012. - №4. – Р.314-315.
2. Dindo, D. Classification of surgical complications / D. Dindo, N.ьDemartines, P.A.Clavien // Ann Surg.- 2004. – Vol. 240. – Р.205-213.

1. [D'Onofrio, M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=D'Onofrio%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20630676). Acoustic radiation force impulse (ARFI) ultrasound imaging of pancreatic cystic lesions / M. [D'Onofrio](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=D'Onofrio%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20630676), A. [Gallotti](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Gallotti%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20630676), R. [Salvia](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Salvia%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20630676), P. [Capelli](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Capelli%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20630676), R.P. [Mucelli](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Mucelli%20RP%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20630676)  // [Eur J Radiol.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=D'Onofrio+M%2C+Gallotti+A%2C+Salvia+R%2C+Capelli+P%2C+Mucelli+RP.)– 2011. - №2. – Р.241-244.

1. [Dumonceau, J.M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Dumonceau%20JM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22752888). Endoscopic treatment of chronic pancreatitis: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline / J.M. [Dumonceau](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Dumonceau%20JM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22752888), M. [Delhaye](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Delhaye%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22752888), A. [Tringali](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Tringali%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22752888), J.E. [Dominguez-Munoz](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Dominguez-Munoz%20JE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22752888), J.W. [Poley](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Poley%20JW%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22752888), M. [Arvanitaki](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Arvanitaki%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22752888), G. [Costamagna](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Costamagna%20G%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22752888), F. [Costea](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Costea%20F%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22752888), J. [Devière](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Devi%C3%A8re%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22752888), P. [Eisendrath](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Eisendrath%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22752888), S. [Lakhtakia](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lakhtakia%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22752888), N. [Reddy](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Reddy%20N%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22752888), P. [Fockens](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Fockens%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22752888), T. [Ponchon](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ponchon%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22752888), M. [Bruno](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bruno%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22752888)  // [Endoscopy.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Dumonceau+JM%2C+Delhaye+M%2C+Tringali+A%2C+Dominguez-Munoz+JE%2C+Poley+JW%2C+Arvanitaki+M%2C+Costamagna+G%2CCostea+F%2C+Devi%C3%A8re+J%2C+Eisendrath+P%2C+Lakhtakia+S%2C+Reddy+N%2C+Fockens+P%2C+Ponchon+T%2C+Bruno+M) – 2012. - №8. – Р.784-800.

1. [Egawa, S](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Egawa+S%22). Assessment of Frey procedures: Japanese experience / S. [Egawa](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Egawa+S%22), F. [Motoi](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Motoi+F%22), N. [Sakata](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Sakata+N%22)  et al. // [J Hepatobiliary Pancreat Sci.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19789835?ordinalpos=4&itool=Email.EmailReport.Pubmed_ReportSelector.Pubmed_RVDocSum) – 2010. - №6. – Р.745-751.
2. [Ejstrud, P](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ejstrud%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=11055658). Risk and patterns of bacteraemia after splenectomy: a population-based study / P. [Ejstrud](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ejstrud%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=11055658), B. [Kristensen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kristensen%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=11055658), J.B. [Hansen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hansen%20JB%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=11055658), K.M. [Madsen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Madsen%20KM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=11055658), H.C. [Schønheyder](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sch%C3%B8nheyder%20HC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=11055658), H.T. [Sørensen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=S%C3%B8rensen%20HT%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=11055658)  // Scand J Infect Dis. – 2000. – №5. – Р.521-525.

1. [Estalella, L](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Estalella%20L%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22078403). Spontaneous drainage of a pancreatic pseudocyst into the colon / L. [Estalella](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Estalella%20L%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22078403), F. [Marinello](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Marinello%20F%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22078403), J.A. [González](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Gonz%C3%A1lez%20JA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22078403), M. [Rodríguez](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Rodr%C3%ADguez%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22078403), V. [Artigas](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Artigas%20V%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22078403) // [Cir Esp.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Estalella+L%2C+Marinello+F%2C+Gonz%C3%A1lez+JA%2C+Rodr%C3%ADguez+M%2C+Artigas+V)- 2012. - №9. – Р.602-603.
2. [Evans, K.A](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Evans+KA%22&restrict=All+results). Surgical management of failed endoscopic treatment of pancreatic disease / K.A. [Evans](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Evans+KA%22&restrict=All+results), C.W. [Clark](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Clark+CW%22&restrict=All+results), S.B. [Vogel](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Vogel+SB%22&restrict=All+results), K.E. [Behrns](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Behrns+KE%22&restrict=All+results) // [J Gastrointest Surg.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Evans+KA%2C+Clark+CW%2C+Vogel+SB%2C+Behrns+KE)– 2008. - №11. – Р.1924-1929.

1. [Farkas, G](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Farkas%20G%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21504854). Surgical treatment of chronic pancreatitis, 2010 / G. [Farkas](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Farkas%20G%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21504854)// [Magy Seb.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21504854)– 2011. -№2. – Р.63-68.
2. Fernández-del Castillo C. [Incidental pancreatic cysts: clinicopathologic characteristics and comparison with symptomatic patients / C. Fernández-del Castillo, J. Targarona, S.P. Thayer, D.W. Rattner, W.R. Brugge, A.L. Warshaw //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12686529) Arch Surg. –2003. - №4. – Р.427-433.

1. [Ferrone, C.R](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ferrone%20CR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19451487). Current trends in pancreatic cystic neoplasms / C.R. [Ferrone](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ferrone%20CR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19451487), C. [Correa-Gallego](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Correa-Gallego%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19451487), A.L. [Warshaw](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Warshaw%20AL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19451487), W.R. [Brugge](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Brugge%20WR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19451487), D.G. [Forcione](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Forcione%20DG%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19451487), S.P. [Thayer](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Thayer%20SP%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19451487), C. [Fernández-del Castillo](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Fern%C3%A1ndez-del%20Castillo%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19451487) // [Arch Surg.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Ferrone+CR%2C+Correa-Gallego+C%2C+Warshaw+AL%2C+Brugge+WR%2C+Forcione+DG%2C+Thayer+SP%2C+Fern%C3%A1ndez-del+Castillo+C.)– 2009. - №5. – Р.448-454.
2. Fockens, P. EUS and pancreatic cyst drainage: an update / P. Fockens // Dig Endosc. – 2004. - №16. – Р.201–205.
3. Forsmark , C.E. Complications of pancreatitis / C.E. Forsmark , J. Grendell // Semin Gastrointest Dis. – 1991. - № 2. – Р.165-176.
4. Frederick, H. Cystogasrtostomy a treatment of pancreatic pseudocyst / H. Frederick // Annals of Surgery. – 1951. - February. - P. 219-225.
5. Gagner, M. Laparoscopic transgastric cystogastrostomy for pancreatic pseudocyst / M. Gagner // Surg Endosc. – 1994. - №8. – Р. 239.
6. Gallucci, F. Consequences of splenectomy in pancreatic surgery: should we really plan a prophylactic strategy for splenectomized patients? / F. Gallucci, U. Generoso // JOP. – 2012.- №6. – Р.651-653.
7. Gan, S.I. [Ethanol lavage of pancreatic cystic lesions: initial pilot study / S.I. Gan, C.C. Thompson, G.Y. Lauwers, B.C. Bounds, W.R. Brugge //](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F15855986) Gastrointest Endosc. – 2005. - №6. – Р.746-752.
8. Gelczer, R.K. Complications of percutaneous ethanol / R.K.Gelczer, J.W.Charboneau, S.Hussain  et al. // J Ultrasound Med. – 1998. - №17. – Р.531-533.
9. Giovannini, M. [Endoscopic ultrasound-guided pancreatic pseudocyst drainage / M. Giovannini //](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F15555960) Gastrointest Endosc Clin N Am. – 2005.- №1. – Р.179-188.
10. Golkar, F.C. [Pancreatic infections / F.C. Golkar, A. Rosemurgy //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21739658) Arch Surg. - 2011. -№5. – Р.619.
11. Gornals, J.B. [Endoscopic ultrasound-guided transesophageal drainage of a mediastinal pancreatic pseudocyst using a novel lumen-apposing metal stent / J.B. Gornals, C. Loras, R. Mast, J.M. Botargues, J. Busquets, J. Castellote //](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F22622750) Endoscopy. – 2012. - №2. – Р.211-212.
12. Gouyon, B. [Predictive factors in the outcome of pseudocysts complicating alcoholic chronic pancreatitis / B. Gouyon, P. Lévy, P. Ruszniewski, M. Zins, P. Hammel, V. Vilgrain, A. Sauvanet, J. Belghiti, P. Bernades //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9462217) Gut. – 1997. - №6. – Р.821-825.
13. Grace, P.A. [Modern management of pancreatic pseudocysts / P.A. Grace, R.C. Williamson //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8518891) Br J Surg. – 1993. - №5. – Р.573-581.

1. [Graversen, C](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Graversen%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21950372). The analgesic effect of pregabalin in patients with chronic pain is reflected by changes in pharmaco-EEG spectral indices / C. [Graversen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Graversen%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21950372), S.S. [Olesen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Olesen%20SS%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21950372), A.E. [Olesen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Olesen%20AE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21950372), K. [Steimle](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Steimle%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21950372), D. [Farina](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Farina%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21950372), O.H. [Wilder-Smith](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Wilder-Smith%20OH%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21950372), S.A. [Bouwense](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bouwense%20SA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21950372), H. [van Goor](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=van%20Goor%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21950372), A.M. [Drewes](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Drewes%20AM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21950372) // [Br J Clin Pharmacol.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21950372)– 2012. -№3. – Р.363-372.

1. [Grobmyer, S.R](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Grobmyer%20SR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19267387). Is there an indication for initial conservative management of pancreatic cystic lesions? / S.R. [Grobmyer](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Grobmyer%20SR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19267387), W.G. [Cance](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Cance%20WG%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19267387), E.M. [Copeland](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Copeland%20EM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19267387), S.B. [Vogel](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Vogel%20SB%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19267387), S.N. [Hochwald](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hochwald%20SN%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19267387)  // [J Surg Oncol.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=%2C+Cance+WG%2C+Copeland+EM%2C+Vogel+SB%2C+Hochwald+SN)– 2009. - №5. – Р.372-374.
2. Gullo, L. [Treatment of pancreatic pseudocysts with octreotide / L. Gullo, L. Barbara //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1678802) Lancet. – 1991.- №31. – Р.540-541.
3. Gumaste, V.V. [Pseudocyst management: endoscopic drainage and other emerging techniques / V.V. Gumaste, J. Aron //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20142757) J Clin Gastroenterol. – 2010. - №5. – Р.326-331.
4. Gumaste, V.V. Pancreatic pseudocyst / V.V. Gumaste, C.S. Pitchumoni // Gastroenterologist. –1996. - №4. –Р.33-43.
5. Habashi, S. Pancreatic pseudocyst/ S. Habashi, P.V. Draganov // Word J Gastroenterol. – 2009. - №1. –Р. 38-47.
6. Hamza, N. [Laparoscopic drainage of pancreatic pseudocysts: a methodological approach / N. Hamza, B.J. Ammori //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19789929) J Gastrointest Surg. – 2010.- №1. - P.148-55.
7. Handrich, S.J. [The natural history of the incidentally discovered small simple pancreatic cyst: long-term follow-up and clinical implications / S.J. Handrich, D.M. Hough, J.G. Fletcher, M.G. Sarr //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15615944) AJR Am J Roentgenol. – 2005. – №1. – P. 20-23.
8. Hazey, J.W. Natural-orifice transgastric endoscopic peritoneoscopy in humans: Initial clinical trial / J.W. Hazey, V.K. Narula, D.B. Renton, K.M. Reavis, C.M. Paul, K.E. Hinshaw, P. Muscarella, E.C. Ellison, W.S. Melvin // Surg Endosc.  – 2008. - №22. – P.16–20.
9. Heider, R. Percutaneous drainage of pancreatic pseudocysts is associated with a higher failure rate than surgical treatment in unselected patients / R. Heider, A.A. Meyer, J.A. Galanko, K.E. Behrns // Ann Surg. – 1999. -№6. - P.781-787.
10. Heniford, B.T. [Minilaparoscopic transgastric cystgastrostomy / B.T. Heniford, D.A. Iannitti, B.L. Paton, B. Duncan, M. Arca, K. Kercher //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16860639)Am J Surg. – 2006. -№2. – P.248-251.
11. Heyder, N. [Catheter drainage of pancreatic pseudocysts into the stomach / N. Heyder, H. Flügel, W. Domschke //](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F3383797) Endoscopy. – 1988. - №2. – P.75-77.

1. [Hildebrand, P](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hildebrand%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21737898). Evaluation of the quality of life after surgical treatment of chronic pancreatitis / P. [Hildebrand](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hildebrand%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21737898), S. [Duderstadt](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Duderstadt%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21737898), T. [Jungbluth](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Jungbluth%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21737898), U.J. [Roblick](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Roblick%20UJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21737898), H.P. [Bruch](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bruch%20HP%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21737898), R. [Czymek](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Czymek%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21737898)  // [JOP.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21737898)– 2011. - №4. – P.364-371.
2. Hindmarsh, A. [Stapled laparoscopic cystgastrostomy: a series with 15 cases / A. Hindmarsh, M.P. Lewis, M. Rhodes //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15549625) Surg Endosc. – 2005. - №1. – P.143-147.
3. Hiramoto, K. [Endoscopic pancreatic stenting was effective in a case of pancreatic duct disruption and leakage due to pancreatic cancer / K. Hiramoto, M. Kuroki, E. Nakano, N. Kanno, Y. Matsumura, A. Miura, Y. Kikuchi, H. Hirakawa, M. Matsuda // Nihon Shokakibyo Gakkai Zasshi.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21467773) – 2011.- №4. – P.650-657.
4. Honda, H. [Endoscopic ultrasound-guided transmural cyst drainage (EUS-CD) was effective in a case of pancreatic pseudocyst with obstructive jaundice and duodenal stenosis / H. Honda, H. Miyatani, T. Ikeya, K. Yamanaka, M. Ikeda, S. Ushimaru, T. Takamatsu, T. Iwaki, N. Sagihara, Y. Yoshida /](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20827047)/ Nihon Shokakibyo Gakkai Zasshi. - 2010. - №9. – P.1497-1504.

1. [Hoorn, E.J](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hoorn%20EJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20956462). Complicated systemic lupus erythematosus pancreatitis: pseudocyst, pseudoaneurysm, but real bleeding / E.J. [Hoorn](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hoorn%20EJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20956462), H.J. [Flink](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Flink%20HJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20956462), E.J. [Kuipers](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kuipers%20EJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20956462), J.W. [Poley](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Poley%20JW%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20956462), P.B. [Mensink](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Mensink%20PB%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20956462), R.J. [Dolhain](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Dolhain%20RJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20956462)  // [Lupus.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Hoorn+EJ%2C+Flink+HJ%2C+Kuipers+EJ%2C+Poley+JW%2C+Mensink+PB%2C+Dolhain+RJ)– 2011. - №3. – P.305-307.
2. http://familyandbaby.ucoz.ru/publ/zdorove/ocenka\_sostojanija\_zdorovja.
3. http://www.fiziolive.ru/html/fiz/statii/physical\_growth.htm.

1. [Huang, E.S](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Huang%20ES%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19845568). Pancreatic cystic lesions: clinical predictors of malignancy in patients undergoing surgery / E.S. [Huang](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Huang%20ES%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19845568), B.G. [Turner](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Turner%20BG%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19845568), C. [Fernandez-Del-Castillo](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Fernandez-Del-Castillo%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19845568), W.R. [Brugge](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Brugge%20WR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19845568), C. [Hur](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hur%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19845568)  // Aliment Pharmacol Ter. –2010. - №2. – P.285-294.

1. [Iftimia, N](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Iftimia%20N%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21833374). Differentiation of pancreatic cysts with optical coherence tomography (OCT) imaging: an ex vivo pilot study / N. [Iftimia](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Iftimia%20N%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21833374), S. [Cizginer](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Cizginer%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21833374), V. [Deshpande](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Deshpande%20V%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21833374), M. [Pitman](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Pitman%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21833374), S. [Tatli](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Tatli%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21833374), N.A. [Iftimia](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Iftimia%20NA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21833374), D.X. [Hammer](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hammer%20DX%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21833374), M. [Mujat](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Mujat%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21833374), T. [Ustun](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ustun%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21833374), R.D. [Ferguson](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ferguson%20RD%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21833374), W.R. [Brugge](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Brugge%20WR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21833374)  // [Biomed Opt Express.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Iftimia+N%2C+Cizginer+S%2C+Deshpande+V%2C+Pitman+M%2C+Tatli+S%2C+Iftimia+NA%2C+Hammer+DX%2C+Mujat+M%2C+Ustun+T%2C+Ferguson+RD%2C+Brugge+WR) – 2011. - №8. – P.2372-2382.
2. Iftimia, N. [Cystic lesions of the pancreas: more reliable differentiation with in situ high-resolution optical imaging?](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22375515) / N. Iftimia, W.J. Yoon, W.R. Brugge // Expert Rev Gastroenterol Hepatol. – 2012. - №2. – P.125-127.
3. Inan, N. [Diffusion-weighted imaging in the differential diagnosis of cystic lesions of the pancreas / N. Inan, A. Arslan, G. Akansel, Y. Anik, A. Demirci //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18806153) AJR Am J Roentgenol. – 2008. -№4. – P.1115-1121.
4. Irie, H. [MR cholangiopancreatographic differentiation of benign and malignant intraductal mucin-producing tumors of the pancreas / H. Irie, H. Honda, H. Aibe, T. Kuroiwa, K. Yoshimitsu, K. Shinozaki, K. Yamaguchi, M. Shimada, K. Masuda //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10789803) AJR Am J Roentgenol. – 2000. -№5. – P.1403-1408.
5. [Ito, K](http://europepmc.org/search/?page=1&query=AUTH:%22Ito+K%22&restrict=All+results). Pancreatic pseudocysts: is delayed surgical intervention associated with adverse outcomes? / K. [Ito](http://europepmc.org/search/?page=1&query=AUTH:%22Ito+K%22&restrict=All+results), A. [Perez](http://europepmc.org/search/?page=1&query=AUTH:%22Perez+A%22&restrict=All+results), H. [Ito](http://europepmc.org/search/?page=1&query=AUTH:%22Ito+H%22&restrict=All+results), E.E. [Whang](http://europepmc.org/search/?page=1&query=AUTH:%22Whang+EE%22&restrict=All+results)  // [J Gastrointest Surg.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Ito+K%2C+Perez+A%2C+Ito+H%2C+Whang+EE) – 2007. - №10. – Р.1317-1321.
6. Itoi, T. [Late bleeding after EUS-guided transjejunal drainage of a pancreatic pseudocyst in a Roux-en-Y patient / T. Itoi, F. Itokawa, A. Sofuni, J. Umeda, T. Tsuchiya //](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F21535202) Dig Endosc. – 2011. - №1. – P.51-53.
7. Itoi, T. [EUS-guided pancreatic pseudocyst drainage: simultaneous placement of stents and nasocystic catheter using double-guidewire technique / T. Itoi, F. Itokawa, T. Tsuchiya, T. Kawai, F. Moriyasu //](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F19691736) DigEndosc. – 2009. - №1. – P.53-56.
8. Jacko, S. [Traumatic distal pancreatic transection: beware of the horses / S. Jacko, V. Sim, A. Cernero, S.R. Todd //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22673077) J Trauma Nurs. – 2012. - №2. – P.102-103.

1. [Jacobson, B.C](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Jacobson%20BC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15758904). ASGE guideline: the role of endoscopy in the diagnosis and the management of cystic lesions and inﬂammatory ﬂuid collections of the pancreas / B.C. [Jacobson](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Jacobson%20BC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15758904), T.H. [Baron](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Baron%20TH%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15758904), D.G. [Adler](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Adler%20DG%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15758904), R.E. [Davila](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Davila%20RE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15758904)  et al. // [Gastrointest Endosc.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=42.%09ASGE+guideline%3A+the+role+of+endoscopy+in+the+diagnosis+and+the+management+of+cystic+lesions+and+in%EF%AC%82ammatory+%EF%AC%82uid+collections+of+the+pancreas) – 2005. - №3. – Р.363-370.
2. Johnson, M.D. [Surgical versus nonsurgical management of pancreatic pseudocysts / M.D. Johnson, R.M. Walsh, J.M. Henderson, N. Brown, J. Ponsky, J. Dumot, G. Zuccaro, J. Vargo //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19077728) J Clin Gastroenterol. – 2009. - №6. – P.586-590.
3. Johnston, R.H. Jr. [Pancreatic pseudocyst of the mediastinum / R.H. Johnston Jr., L.C. Owensby, G.M. Vargas, R. Garcia-Rinaldi //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3947175) Ann Thorac Surg. – 1986. -№2. – P.210-212.

1. [Jow, A.Z](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%3Fterm%3DJow%2520AZ%255BAuthor%255D%26cauthor%3Dtrue%26cauthor_uid%3D21492848" \t "_blank). Complication of cardiac air embolism during ERCP and EUS-assisted cyst-gastrostomy for pancreatic pseudocyst / A.Z. [Jow](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%3Fterm%3DJow%2520AZ%255BAuthor%255D%26cauthor%3Dtrue%26cauthor_uid%3D21492848), D. [Wan](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%3Fterm%3DWan%2520D%255BAuthor%255D%26cauthor%3Dtrue%26cauthor_uid%3D21492848)  // [Gastrointest Endosc.](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%3Fterm%3DJow%2520AZ%255BAuthor%255D%26cauthor%3Dtrue%26cauthor_uid%3D21492848)– 2012. - №1. – P.220-221.
2. Jurasz A. Zur Frage der operativen Behandlung des Pan-creascysten / A. Jurasz // Arch. Klin. Chir. - 1931. -№XX. - P.164.

1. [Kadowaki, Y](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kadowaki%20Y%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20805947). Lap-Protector and Circular Stapler Are Useful in Cystogastrostomy for Large Pancreatic Pseudocyst with Severe Infection / Y. [Kadowaki](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kadowaki%20Y%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20805947), T. [Kurokawa](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kurokawa%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20805947), R. [Tamura](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Tamura%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20805947), T. [Okamoto](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Okamoto%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20805947), N. [Ishido](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ishido%20N%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20805947), T. [Mori](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Mori%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20805947) // [Case Rep Gastroenterol.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Kadowaki+Y%2C+Kurokawa+T%2C+Tamura+R%2C+Okamoto+T%2C+Ishido+N%2C+Mori+T)– 2010. - №2. – P.215-219.

1. [Kalavský, M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kalavsk%C3%BD%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22324258). Large intestine bleeding caused by the lienal artery pseudoaneurysm rupture complicating a pancreatic pseudocyst / M. [Kalavský](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kalavsk%C3%BD%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22324258), J. [Smetka](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Smetka%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22324258)  // [Rozhl Chir.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Kalavsk%C3%BD+M%2C+Smetka+J)– 2011. - №10. – P.590-593.

1. [Kalb, B](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kalb%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19959519). MR imaging of cystic lesions of the pancreas / B. [Kalb](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kalb%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19959519), J.M. [Sarmiento](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sarmiento%20JM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19959519), D.A. [Kooby](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kooby%20DA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19959519), N.V. [Adsay](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Adsay%20NV%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19959519), D.R. [Martin](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Martin%20DR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19959519)  // [Radiographics.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Kalb+B%2C+Sarmiento+JM%2C+Kooby+DA%2C+Adsay+NV%2C+Martin+DR%2C%2C%2C%2C) – 2009. - №6. – P.1749-1765.

1. [Kaťuchová, J](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ka%C5%A5uchov%C3%A1%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21538036). Perioperative and follow-up results in chronic pancreatitis patients after pancreatic resection / J. [Kaťuchová](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ka%C5%A5uchov%C3%A1%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21538036), J. [Bober](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bober%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21538036), P. [Harbuľák](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Harbu%C4%BE%C3%A1k%20P%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21538036), J. [Radoňak](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Rado%C5%88ak%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21538036) // [Wien Klin Wochenschr.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21538036)– 2011. - №11-12. – P.359-363.

1. [Kat'uchová, J](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kat'uchov%C3%A1%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22026260). Current alternatives in the surgical treatment of chronic pancreatitisa review article / J. [Kat'uchová](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kat'uchov%C3%A1%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22026260), J. [Radonak](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Radonak%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22026260)  // [Cas Lek Cesk.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22026260)– 2011. - №;150(7):378-83.
2. Kawasaki, A. [Chemotherapy for liver metastasis originating from colorectal cancer with portal vein tumor thrombosis: a case report / A. Kawasaki, K. Mimatsu, T. Oida, H. Kano, Y. Kuboi, N. Fukino, K. Kida, S. Amano //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23741223) Case Rep Oncol. – 2013. - №2. – P.275-279.

1. [Keck, T](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Keck%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22906892). Short- and long-term results of duodenum preservation versus resection for the management of chronic pancreatitis: A prospective, randomized study / T. [Keck](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Keck%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22906892), U. [Adam](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Adam%20U%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22906892), F. [Makowiec](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Makowiec%20F%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22906892), H. [Riediger](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Riediger%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22906892), U. [Wellner](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Wellner%20U%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22906892), D. [Tittelbach-Helmrich](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Tittelbach-Helmrich%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22906892), U.T. [Hopt](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hopt%20UT%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22906892)  // [Surgery.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22906892) – 2012. - №152. – P.95-102.

1. [Kersting, S](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kersting%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21464583). Transabdominal contrast-enhanced ultrasonography of pancreatic cancer / S. [Kersting](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kersting%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21464583), J. [Roth](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Roth%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21464583), A. [Bunk](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bunk%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21464583)  // [Pancreatology.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Kersting+S%2C+Roth+J%2C+Bunk+A.)– 2011. - №11. – P.20-27.
2. Khalid, A. [ACG practice guidelines for the diagnosis and management of neoplastic pancreatic cysts / A. Khalid, W. Brugge //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17764489) Am J Gastroenterol. – 2007. - №10. – P.2339-2349.

1. [Khalid, A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Khalid%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19152896). Pancreatic cyst fluid DNA analysis in evaluating pancreatic cysts: a report of the PANDA study / A. [Khalid](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Khalid%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19152896), M. [Zahid](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Zahid%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19152896), S.D. [Finkelstein](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Finkelstein%20SD%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19152896), J.K. [LeBlanc](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=LeBlanc%20JK%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19152896), N. [Kaushik](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kaushik%20N%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19152896), N. [Ahmad](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ahmad%20N%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19152896), W.R. [Brugge](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Brugge%20WR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19152896), S.A. [Edmundowicz](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Edmundowicz%20SA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19152896), R.H. [Hawes](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hawes%20RH%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19152896), K.M. [McGrath](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=McGrath%20KM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19152896)  // [Gastrointest Endosc.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Khalid+A%2C+Zahid+M%2C+Finkelstein+SD%2C+LeBlanc+JK%2C+Kaushik+N%2C+Ahmad+N%2C+Brugge+WR%2C+Edmundowicz+SA%2C+Hawes+RH%2C+McGrath+KM.)– 2009.- №6. – P.1095-1102.
2. Kibria, R. [Successful endoscopic transpapillary management of intrahepatic pancreatic pseudocyst / R. Kibria, S. Akram, S.A. Ali //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20065551) JOP. – 2010. - №11. – P.41-44.
3. Kim, D.C. [The role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography at an academic medical center in the era of less-invasive diagnostic tools / D.C. Kim, J.H. Moon, H.J. Choi //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23061705) Expert Rev Gastroenterol Hepatol. – 2012. - №5. – P.549-551.

1. [Kim, H.C](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kim%20HC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19143058). Computed tomography appearances of various complications associated with pancreatic pseudocysts / H.C. [Kim](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kim%20HC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19143058), D.M. [Yang](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Yang%20DM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19143058), H.J. [Kim](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kim%20HJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19143058), D.H. [Lee](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lee%20DH%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19143058), Y.T. [Ko](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ko%20YT%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19143058), J.W. [Lim](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lim%20JW%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19143058)  // [Acta Radiol.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Kim+HC%2C+Yang+DM%2C+Kim+HJ%2C+Lee+DH%2C+Ko+YT%2C+Lim+JW) – 2008. - №7. – P.727-734.
2. Kim, K.O. [Acute pancreatic pseudocyst: incidence, risk factors, and clinical outcomes / K.O. Kim, T.N. Kim //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22228046) Pancreas. - 2012. - №4. – P.577-581.
3. Kim, Y.J. [Endoscopic hemostasis using N-butyl-2-cyanoacrylate for massive gastric bleeding during endoscopic transgastric drainage of a pancreatic pseudocyst / Y.J. Kim, J.H. Moon, H.J. Choi, B.M. Ko, J.C. Lee, S.K. Min, H.Y. Yoo, M.S. Lee //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21951096) Dig Endosc. – 2011. -№4. – P.326-327.
4. Kimura, W. [Analysis of small cystic lesions of the pancreas / W. Kimura, H. Nagai, A. Kuroda, T. Muto, Y. Esaki //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8708390)  Int J Pancreatol. – 1995. - №3. – P.197-206.

1. [King, B](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=King%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21944315). Gastric perforation caused by a pancreatic pseudocyst / B. [King](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=King%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21944315), A. [Speziale](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Speziale%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21944315)  // [Gastrointest Endosc.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=King+B%2C+Speziale+A) – 2011. - №6. – P.1403-1404.

1. [Koga, T](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Koga%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21308389). A case of lupus-associated pancreatitis with ruptured pseudoaneurysms / T. [Koga](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Koga%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21308389), T. [Miyashita](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Miyashita%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21308389), M. [Koga](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Koga%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21308389), Y. [Izumi](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Izumi%20Y%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21308389), S. [Onizuka](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Onizuka%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21308389), H. [Fujioka](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Fujioka%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21308389), S. [Fujiwara](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Fujiwara%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21308389), C. [Nakamichi](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Nakamichi%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21308389), K. [Nakashima](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Nakashima%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21308389), K. [Migita](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Migita%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21308389)  // [Mod Rheumatol.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Koga+T%2C+Miyashita+T%2C+Koga+M%2C+Izumi+Y%2C+Onizuka+S%2C+Fujioka+H%2C+Fujiwara+S%2C+Nakamichi+C%2C+Nakashima+K%2C+Migita+K%2C) - 2011. - №4. – P.428-431.
2. Kozarek, R.A. Endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts / R.A. Kozarek, C.M. Brakyo, J. Harlan, R.A. Sanowski, I. Cintora, A. Kovac // Gastrointest Endosc. – 1985. - №31. – P.322-328.

1. [Laffan, T.A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Laffan%20TA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18716113). Prevalence of unsuspected pancreatic cysts on MDCT / T.A. [Laffan](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Laffan%20TA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18716113), K.M. [Horton](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Horton%20KM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18716113), A.P. [Klein](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Klein%20AP%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18716113), B. [Berlanstein](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Berlanstein%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18716113), S.S. [Siegelman](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Siegelman%20SS%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18716113), S. [Kawamoto](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kawamoto%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18716113), P.T. [Johnson](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Johnson%20PT%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18716113), E.K. [Fishman](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Fishman%20EK%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18716113), R.H. [Hruban](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hruban%20RH%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=18716113)  // [AJR Am J Roentgenol.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Laffan+TA%2C+Horton+KM%2C+Klein+AP%2C+Berlanstein+B%2C+Siegelman+SS%2C+Kawamoto+S%2C+Johnson+PT%2C+Fishman+EK%2CHruban+RH)– 2008. - №3. – P.802-807.
2. Lang, E.K. [The efficacy of palliative and definitive percutaneous versus surgical drainage of pancreatic abscesses and pseudocysts: a prospective study of 85 patients / E.K. Lang, R.M. Paolini, A. Pottmeyer //](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F1702557) South Med J. – 1991. -№1. – P.55-64.
3. Lankisch, P.G. [Pancreatic pseudocysts: prognostic factors for their development and their spontaneous resolution in the setting of acute pancreatitis / P.G. Lankisch, B. Weber-Dany, P. Maisonneuve, A.B. Lowenfels //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22487516) Pancreatology. 2012. - №2. – P.85-90.

1. [Larghi, A](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%3Fterm%3DLarghi%2520A%255BAuthor%255D%26cauthor%3Dtrue%26cauthor_uid%3D20598304" \t "_blank). EUS-guided cystojejunostomy for drainage of a pseudocyst in a patient with Billroth II gastrectomy / A. [Larghi](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%3Fterm%3DLarghi%2520A%255BAuthor%255D%26cauthor%3Dtrue%26cauthor_uid%3D20598304), T.C. [Seerden](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%3Fterm%3DSeerden%2520TC%255BAuthor%255D%26cauthor%3Dtrue%26cauthor_uid%3D20598304), D. [Galasso](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%3Fterm%3DGalasso%2520D%255BAuthor%255D%26cauthor%3Dtrue%26cauthor_uid%3D20598304), V. [Perri](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%3Fterm%3DPerri%2520V%255BAuthor%255D%26cauthor%3Dtrue%26cauthor_uid%3D20598304), N. [Uchida](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%3Fterm%3DUchida%2520N%255BAuthor%255D%26cauthor%3Dtrue%26cauthor_uid%3D20598304), A. [Carnuccio](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%3Fterm%3DCarnuccio%2520A%255BAuthor%255D%26cauthor%3Dtrue%26cauthor_uid%3D20598304), G. [Costamagna](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%3Fterm%3DCostamagna%2520G%255BAuthor%255D%26cauthor%3Dtrue%26cauthor_uid%3D20598304)  // [Gastrointest Endosc.](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F%3Fterm%3DLarghi%2BA%252C%2BSeerden%2BTC%252C%2BGalasso%2BD%252C%2BPerri%2BV%252C%2BUchida%2BN%252C%2BCarnuccio%2BA%252C%2BCostamagna%2BG) – 2011. - №1. – P.169-171.
2. Lee, J. [A rare complication of endoscopic cystgastrostomy / J. Lee, S. Sachithanandan, K. Raman //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21946349)Gastroenterology. – 2011. - №5. – P.1-2.
3. Lehman, G.A. [Pseudocysts / G.A. Lehman //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10049456) Gastrointest Endosc. – 1999. - №49. – P.81-84.
4. Lerch, M.M. [Pancreatic pseudocysts: observation, endoscopic drainage, or resection?](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19890418) / M.M. Lerch, A. Stier, U. Wahnschaffe, J. Mayerle // Dtsch Arztebl Int. – 2009. - №38. – P.614-621.
5. Libby, E.D. [Combined laparoendoscopic cystgastrostomy / E.D. Libby, J. Taylor, D. Mysh, S.D. Schwaitzberg //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10462669) Gastrointest Endosc. – 1999. - № 3. – P.416-419.
6. Lillemoe, K.D. [Management of complications of pancreatitis / K.D. Lillemoe, C.J. Yeo //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9462408) Curr Probl Surg. – 1998. - №1. – P.91-98.
7. [Lillemoe, K.D](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Lillemoe+KD%22). Distal pancreatectomy: indications and outcomes in 235 patients / K.D. [Lillemoe](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Lillemoe+KD%22), S. [Kaushal](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Kaushal+S%22), J.L. [Cameron](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Cameron+JL%22), T.A. [Sohn](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Sohn+TA%22), H.A. [Pitt](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Pitt+HA%22), C.J. [Yeo](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Yeo+CJ%22)  // [Ann Surg.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Lillemoe+KD%2C+Kaushal+S%2C+Cameron+JL%2C+Sohn+TA%2C+Pitt+HA%2C+Yeo+CJ)– 1999. - №5. – Р.693-698.
8. Lim, S.J. [Preoperative evaluation of pancreatic cystic lesions: cost-benefit analysis and proposed management algorithm / S.J. Lim, R. Alasadi, J.D. Wayne, S. Rao, A. Rademaker, R. Bell, M.S. Talamonti //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16269296) Surgery. – 2005. - №4. – P. 672-679.
9. Linder, J.D. [Cyst fluid analysis obtained by EUS-guided FNA in the evaluation of discrete cystic neoplasms of the pancreas: a prospective single-center experience / J.D. Linder, J.E. Geenen, M.F. Catalano //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17055859) Gastrointest Endosc. - 2006. - №5. – P.697-702.
10. [Löhr-Happe, A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=L%C3%B6hr-Happe%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7959208). Natural course of operated pseudocysts in chronic pancreatitis / A. [Löhr-Happe](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=L%C3%B6hr-Happe%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7959208), M. [Peiper](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Peiper%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7959208), P.G. [Lankisch](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lankisch%20PG%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7959208)  // [Gut.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=L%C3%B6hr-Happe+A%2C+Peiper+M%2C+Lankisch+PG.) – 1994. - №10. – Р.1479-1482.
11. Lutz, H. [Transgastric sonography in pancreatic diseases / H. Lutz, G. Lux, N. Heyder, J. Borburgh //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6400266) Ultrasound Med Biol. – 1983. - №2. – P.465-467.

1. [Macari, M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Macari%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19332847). Differentiating pancreatic cystic neoplasms from pancreatic pseudocysts at MR imaging: value of perceived internal debris / M. [Macari](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Macari%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19332847), M.E. [Finn](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Finn%20ME%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19332847), G.L. [Bennett](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bennett%20GL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19332847), K.C. [Cho](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Cho%20KC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19332847), E. [Newman](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Newman%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19332847), C.H. [Hajdu](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hajdu%20CH%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19332847), J.S. [Babb](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Babb%20JS%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19332847)  // [Radiology.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Macari+M%2C+Finn+ME%2C+Bennett+GL%2C+Cho+KC%2C+Newman+E%2C+Hajdu+CH%2C+Babb+JS) - 2009. - №1. – P.77-84.

1. [Madan, R](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Madan%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22236743). Pancreatic cystic lesions without overt cytologic atypia: proposed diagnostic categories for endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration cytology with utilization of fluid carcinoembryonic antigen level / R. [Madan](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Madan%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22236743), E. [Khan](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Khan%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22236743), N. [Cuka](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Cuka%20N%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22236743), M. [Olyaee](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Olyaee%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22236743), O. [Tawfik](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Tawfik%20O%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22236743), F. [Fan](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Fan%20F%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22236743)  // [Acta Cytol.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Madan+R%2C+Khan+E%2C+Cuka+N%2C+Olyaee+M%2C+Tawfik+O%2C+Fan+F.)– 2012. - №1. – P.34-40.
2. Maringhini, A. [Pseudocysts in acute nonalcoholic pancreatitis: incidence and natural history / A. Maringhini, G. Uomo, R. Patti, P. Rabitti, A. Termini, A. Cavallera, G. Dardanoni, G. Manes, M. Ciambra, M. Laccetti, P. Biffarella, L. Pagliaro //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10492151) Dig Dis Sci. – 1999. - №8. – P.1669-1673.
3. E.W. Martin Jr., [Surgical decision-making in the treatment of pancreatic pseudocysts. Internal versus external drainage / E.W. Martin Jr., P. Catalano, M. Cooperman, C. Hecht, L.C. Carey //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/507299) Am J Surg. – 1979. - №6. – P.821-824.
4. Mathew, A. [EUS-guided double cystgastrostomy of two infected pseudocysts in series: a novel case of endoscopic cystocystgastrostomy / A. Mathew, R.R. Gaffney, M.T. Moyer //](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F22196824)  Gastrointest Endosc. – 2012. - №1. – P.227.

1. [Melman, L](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Melman%20L%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19037696). Primary and overall success rates for clinical outcomes after laparoscopic, endoscopic, and open pancreatic cystgastrostomy for pancreatic pseudocysts / L. [Melman](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Melman%20L%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19037696), R. [Azar](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Azar%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19037696), K. [Beddow](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Beddow%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19037696), L.M. [Brunt](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Brunt%20LM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19037696), V.J. [Halpin](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Halpin%20VJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19037696), J.C. [Eagon](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Eagon%20JC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19037696), M.M. [Frisella](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Frisella%20MM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19037696), S. [Edmundowicz](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Edmundowicz%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19037696), S. [Jonnalagadda](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Jonnalagadda%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19037696), B.D. [Matthews](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Matthews%20BD%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19037696)  // [Surg Endosc.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Melman+L%2C+Azar+R%2C+Beddow+K%2C+Brunt+LM%2C+Halpin+VJ%2C+Eagon+JC%2C+Frisella+MM%2C+Edmundowicz+S%2C)– 2009. -№2. –P.267-271.
2. Meltzer, R.C. Laparoscopic pancreatic cystogastrostomy / R.C. Meltzer, J.F. Amaral // MinimInvasTher. – 1994. - №3. – P.289-294.

1. [Milovic, V](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Milovic%20V%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21981815). Extracorporeal shock wave lithotripsy with a transportable mini-lithotripter and subsequent endoscopic treatment improves clinical outcome in obstructive calcific chronic pancreatitis / V. [Milovic](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Milovic%20V%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21981815), T. [Wehrmann](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Wehrmann%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21981815), C.F. [Dietrich](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Dietrich%20CF%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21981815), A.A. [Bailey](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bailey%20AA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21981815), W.F. [Caspary](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Caspary%20WF%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21981815), B. [Braden](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Braden%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21981815)  // [Gastrointest Endosc.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21981815) – 2011. - № 6. – P.1294-1299.
2. Mönkemüller, K.E. [Transmural drainage of pancreatic fluid collections without electrocautery using the Seldinger technique / K.E.Mönkemüller, T.H.Baron, D. Morgan //](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F9717788) Gastrointest Endosc. – 1998. - №2. – P.195-200.

1. [Morgan, K](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Morgan%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22042566). Pain control and quality of life after pancreatectomy with islet autotransplantation for chronic pancreatitis / K. [Morgan](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Morgan%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22042566), S.M. [Owczarski](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Owczarski%20SM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22042566), J. [Borckardt](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Borckardt%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22042566), A. [Madan](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Madan%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22042566), M. [Nishimura](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Nishimura%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22042566), D.B. [Adams](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Adams%20DB%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22042566)  // [J Gastrointest Surg.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22042566) – 2012. - №1. – P. 129-133.

1. [Morgan, K.A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Morgan%20KA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22856498).Total pancreatectomy with islet autotransplantation for chronic pancreatitis: do patients with prior pancreatic surgery have different outcomes? / K.A. [Morgan](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Morgan%20KA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22856498), T. [Theruvath](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Theruvath%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22856498), S. [Owczarski](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Owczarski%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22856498), D.B. [Adams](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Adams%20DB%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22856498)  // [Am Surg.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22856498) - 2012. - №8. – P.893-896.
2. Mori, T. [Laparoscopic pancreatic cystgastrostomy / T. Mori, N. Abe, M. Sugiyama, Y. Atomi //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12541038) J Hepatobiliary Pancreat Surg. - 2002. - №5. – P. 548-554.
3. Morino, M. Laparoscopic management of benign pancreatic lesions / M. Morino, C. Garrone, C. Locatelli, L. Cavuoti, C. Miglieta // Surg Endosc. - 1995. - №5. – P.625.
4. Morton, J.M. [A national comparison of surgical versus percutaneous drainage of pancreatic pseudocysts: 1997-2001 / J.M. Morton, A. Brown, J.A. Galanko, J.A. Norton, I.S. Grimm, K.E. Behrns //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15623440) J Gastrointest Surg. – 2005. -№1. – P.15-20.

1. [Mundra, V](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Mundra%20V%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22658550). An unusual cause of dyspareunia / V. [Mundra](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Mundra%20V%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22658550), J. [Zapatier](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Zapatier%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22658550)  // [Rev Gastroenterol Mex.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Mundra+V%2C+Zapatier+J)– 2012. - №2. – P.93-95.
2. Nealon, W.H. [A unifying concept: pancreatic ductal anatomy both predicts and determines the major complications resulting from pancreatitis / W.H. Nealon, M. Bhutani, T.S. Riall, G. Raju, O. Ozkan, R. Neilan //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19476839) J Am Coll Surg. – 2009. - №5. – P.790-799.

1. [Nealon, W.H](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Nealon%20WH%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=12035030). Main pancreatic ductal anatomy can direct choice of modality for treating pancreatic pseudocysts (surgery versus percutaneous drainage) / W.H. [Nealon](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Nealon%20WH%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=12035030), E. [Walser](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Walser%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=12035030)  // [Ann Surg.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Nealon%2BWH%5Bauth%5D+2002)– 2002. - №6. – P.751-758.
2. Newell, K.A. Are cystgastrostomy and cystjejunostomy equivalent operation for pancreatic pseudocyst? / K.A. Newell, T. Liu, G.V. Aranha // Surgery. – 1990. - №108. – Р. 635–640.
3. Nguyen, B.L. [Influence of the etiology of pancreatitis on the natural history of pancreatic pseudocysts / B.L. Nguyen, J.S. Thompson, J.A. Edney, L.E. Bragg, L.F. Rikkers //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1670219)Am J Surg. – 1991. - №6. – P.527-530.
4. Nishimura, M. [Possibilities of interventional endoscopic ultrasound / M. Nishimura, O. Togawa, M. Matsukawa, T. Shono, Y. Ochiai, M. Nakao, K. Ishikawa, S. Arai, H. Kita //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22816010) World J Gastrointest Endosc. – 2012. - №7. – P.301-305.

1. [Noda, T](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Noda%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7942739). A case of chronic pancreatitis with pseudocysts complicated by infection and obstructive jaundice / T. [Noda](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Noda%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7942739), N. [Ueno](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ueno%20N%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7942739), K. [Tamada](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Tamada%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7942739), M. [Ichiyama](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ichiyama%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7942739), M. [Fukuda](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Fukuda%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7942739), T. [Tomiyama](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Tomiyama%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7942739), T. [Nishizono](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Nishizono%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7942739), S. [Tano](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Tano%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7942739), T. [Aizawa](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Aizawa%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7942739), T. [Iwao](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Iwao%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=7942739) et al. // [Am J Gastroenterol.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Noda+T%2C+Ueno+N%2C+Tamada+K%2C+Ichiyama+M%2C+Fukuda+M%2C+Tomiyama+T%2C+Nishizono+T%2C+Tano+S%2C+Aizawa+T%2C+Iwao+T)– 1994. - №11. – P.2066-2069.
2. [Nuño-Guzmán, C.M](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Nu%C3%B1o-Guzm%C3%A1n+CM%22). Recurrent pancreatic pseudocyst diagnosed 9 years after initial surgical drainage / C.M. [Nuño-Guzmán](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Nu%C3%B1o-Guzm%C3%A1n+CM%22), J. [Arróniz-Jáuregui](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Arr%C3%B3niz-J%C3%A1uregui+J%22), J.I. [Gómez-Ontiveros](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22G%C3%B3mez-Ontiveros+JI%22), H. [Hernández-Estrada](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Hern%C3%A1ndez-Estrada+H%22), H.I. [Estrada-Castañeda](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Estrada-Casta%C3%B1eda+HI%22), J.R. [Araiza-Navarro](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Araiza-Navarro+JR%22), N. [Esparza-Arias](http://ukpmc.ac.uk/search/?page=1&query=AUTH:%22Esparza-Arias+N%22)  // [JOP.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=203.%09Nu%C3%B1o-Guzm%C3%A1n+CM%2C+Arr%C3%B3niz-J%C3%A1uregui+J%2C+G%C3%B3mez-Ontiveros+JI%2C+Hern%C3%A1ndez-Estrada+H%2C+Estrada-Casta%C3%B1eda+HI%2CAraiza-Navarro+JR%2C+Esparza-Arias+N) – 2011. - №3. – Р.274-278.
3. Nychytaĭlo, M.  [Endoscopic treatment of pancreatic pseudocysts /M. Nychytaĭlo, P.V. Ohorodnyk, O.P. Kondratiuk, A.H. Deĭnychenko //](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F19957739) KlinKhir. – 2009. - №5. – P.5-8.
4. Obermeyer, R.J. [Laparoscopic pancreatic cystogastrostomy / R.J. Obermeyer, W.E. Fisher, J.R. Salameh, M. Jeyapalan, J.F. Sweeney, F.C. Brunicardi //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12960787) Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. – 2003. - №4. – P.250-253.
5. Oh, H.C. [Endoscopic ultrasonography-guided ethanol lavage with paclitaxel injection treats patients with pancreatic cysts / H.C. Oh, D.W. Seo, T.J. Song, S.H. Moon, H. Park do, S. Soo Lee, S.K. Lee, M.H. Kim, J. Kim //](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F20950614)  Gastroenterology. – 2011. -№1. – P.172-179.
6. Oida, T. [Long-term outcome of laparoscopic cystogastrostomy performed using a posterior approach with a stapling device / T. Oida, K. Mimatsu, A. Kawasaki, H. Kano, Y. Kuboi, O. Aramaki, S. Amano //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19262059) Dig Surg. – 2009. - №2. – P.110-114.

1. [Olesen, S.S](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Olesen%20SS%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21683078). Pregabalin reduces pain in patients with chronic pancreatitis in a randomized, controlled trial / S.S. [Olesen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Olesen%20SS%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21683078), S.A. [Bouwense](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bouwense%20SA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21683078), O.H. [Wilder-Smith](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Wilder-Smith%20OH%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21683078), H. [van Goor](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=van%20Goor%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21683078), A.M. [Drewes](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Drewes%20AM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21683078)  // [Gastroenterology.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21683078)– 2011. - №2. – P.536-543.
2. Oskarsson, V. [High dietary glycemic load increases the risk of non-gallstone-related acute pancreatitis: aprospective cohort study / V. Oskarsson, O. Sadr-Azodi, N. Orsini, A. Andrén-Sandberg, A. Wolk //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24100113) Clin Gastroenterol Hepatol. – 2014. - №4. – P.676-682.
3. Otsuki, M. [Chronic pancreatitis and pancreatic cancer, lifestyle-related diseases / M. Otsuki, M. Tashiro //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17220612) Intern Med. – 2007.- №2. – P.109-113.
4. Palanivelu, C. [Management of pancreatic pseudocyst in the era of laparoscopic surgery-experience from a tertiary centre / C. Palanivelu, K. Senthilkumar, M.V. Madhankumar, P.S. Rajan, A.R. Shetty, K. Jani, M. Rangarajan, G.S. Maheshkumaar //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17516116) Surg Endosc. – 2007. - №12. – P.2262-2267.

1. [Pallapothu, R](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Pallapothu%20R%22%5BAuthor%5D). NOTES(®) stapled cystgastrostomy: a novel approach for surgical management of pancreatic pseudocysts / R. [Pallapothu](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Pallapothu%20R%22%5BAuthor%5D) // [SurgEndosc.](javascript:AL_get(this,%20'jour',%20'Surg%20Endosc.');) - 2011. - №3. – P.883-889.
2. Park, A. Laparoscopic Pancreatic Surgery / A. Park, R. Schwartz, V. Tandan, M. Anvari // Am J Surg. – 1999. - №2. – P.158-163.
3. [Park, A.E](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Park%20AE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=12170019). Therapeutic laparoscopy of the pancreas / A.E. [Park](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Park%20AE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=12170019), B.T. [Heniford](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Heniford%20BT%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=12170019)  // [Ann Surg.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12170019) – 2002. - №2. – Р.149-158.

1. [Park, D.H](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Park%20DH%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19798610). Endoscopic ultrasound-guided versus conventional transmural drainage for pancreatic pseudocysts: a prospective randomized trial / D.H. [Park](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Park%20DH%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19798610), S.S. [Lee](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lee%20SS%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19798610), S.H. [Moon](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Moon%20SH%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19798610), S.Y. [Choi](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Choi%20SY%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19798610), S.W. [Jung](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Jung%20SW%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19798610), D.W. [Seo](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Seo%20DW%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19798610), S.K. [Lee](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lee%20SK%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19798610), M.H. [Kim](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kim%20MH%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19798610)  // [Endoscopy.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Park+DH%2C+Lee+SS%2C+Moon+SH%2C+Choi+SY%2C+Jung+SW%2C+Seo+DW%2C+Lee+SK%2C+Kim+MH) – 2009. - №10. – P.842-848.
2. Parks, R.W. [Management of pancreatic pseudocysts / R.W. Parks, G. Tzovaras, T. Diamond, B.J. Rowlands //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11103153) Ann R Coll Surg Engl. – 2000. - №6. – P.383-387.
3. Patton Jr, J.H. [Pancreatic trauma: a simplified management guideline / J.H. Patton Jr., S.P. Lyden, M.A. Croce, F.E. Pritchard, G. Minard, K.A. Kudsk, T.C. Fabian //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9291366) J Trauma. – 1997. - №2. – P.234-239.

1. [Pezzilli, R](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Pezzilli%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22072255). Total pancreatectomy and quality of life / R. [Pezzilli](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Pezzilli%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22072255)  // [JOP.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22072255)-2011.- №6. – P.616.
2. Piraka, C. Pseudocyst Drainage: ERCP and EUS Approaches / C. Piraka, Y.K. Chen // Tech Gastrointest Endosc. – 2007. - №9. - P.169-175.
3. Pitchumoni, C.S. [Pancreatic pseudocysts. When and how should drainage be performed?](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10503140) / C.S. Pitchumoni, N. Agarwal // Gastroenterol Clin North Am. – 1999. - №3. – P.615-639.
4. Polak E. Pancreatogastrectomy proposed by R. Jedlicka in the treatment of pancreatic cysts / E.Polak // Rozhl Chir. - 1952. -№31. - P.335-341.
5. Poornachandra, K.S. [Clinical, biochemical, and radiologic parameters at admission predicting formation of a pseudocyst in acute pancreatitis / K.S. Poornachandra, D.K. Bhasin, B. Nagi, S.K. Sinha, S.S. Rana, N. Shafiq, K. Greer, R. Gupta, M. Kang, S. Malhotra, K. Singh](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20628310)  // J Clin Gastroenterol. – 2011. - №2. – P.159-163.
6. Pour, P.M. Modification of tumor development in the pancreas / P.M. Pour // [Prog Exp Tumor Res.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1902958) – 1991. -№33. – Р.108-131.

1. [Prochazka Zárate R](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Prochazka%20Z%C3%A1rate%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22476184). Tension pneumoperitoneum as a complication of endoscopic ultrasound guided transgastric drainage of pancreatic pseudocyst: case report and review of the literature / R. [Prochazka Zárate](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Prochazka%20Z%C3%A1rate%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22476184), G. [Vidales Mostajo](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Vidales%20Mostajo%20G%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22476184), G. [Villa-Gómez Roig](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Villa-G%C3%B3mez%20Roig%20G%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22476184), A. [Illescas Castellanos](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Illescas%20Castellanos%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22476184), N. [Pereira Robles](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Pereira%20Robles%20N%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22476184)  // [Rev Gastroenterol Peru.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Prochazka+Z%C3%A1rate+R%2C+Vidales+Mostajo+G%2C+Villa-G%C3%B3mez+Roig+G%2C+Illescas+Castellanos+A%2C+Pereira+Robles+N)- 2012. - №1. – P.88-93.
2. Rafique, A. [A clinical algorithm for the assessment of pancreatic lesions: utilization of 16- and 64-section multidetector CT and endoscopic ultrasound / A. Rafique, S. Freeman, N. Carroll //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17981161) Clin Radiol. – 2007. - №12. – P.1142-1153.
3. Raposo Rodríguez L. [Solution to case 52. Pericecal hernia without intestinal obstruction / L. Raposo Rodríguez, G. Anes González, S. González Sánchez, N. Vega Mata //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22420906) Radiologia. – 2014. - №2. – P.180-181.
4. Rasmussen, D.N. [Only few severe complications after endoscopic ultrasound guided drainage of pancreatic pseudocysts / D.N. Rasmussen, H. Hassan, P. Vilmann //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22459717) Dan Med J. – 2012. - №4. – P.4406.
5. Rattner, D.W. [Venous, biliary, and duodenal obstruction in chronic pancreatitis / D.W. Rattner, A.L. Warshaw //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2197206) Hepatogastroenterology. - 1990. - №3. – P.301-306.
6. Roder, B.E. Endoscopic Pancreatic Pseudocyst Drainage / B.E. Roder, P.R. Pfau // Tech Gastrointest Endosc. – 2005. - №7. – P.211-218.
7. Rogers, B.H. [Transgastric needle aspiration of pancreatic pseudocyst through an endoscope / B.H. Rogers, N.J. Cicurel, R.W. Seed //](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F1112474) Gastrointest Endosc. -1975. - №3. – P.133-134.
8. Romanelli, J.R. Pancreatic pseudocystogastrostomy with a peroral, flexible stapler: human natural orifice transluminal endoscopic surgery anastomoses in 2 patients / J.R. Romanelli, D.J. Desilets, D.B. Earle // Gastrointest Endosc. - 2008. - №5. – P.981-987.
9. Rossini, C.J1. Hybrid notes: incisionless intragastric stapled cystgastrostomy of a pancreatic pseudocyst / C.J1. Rossini, K.P. Moriarty, A.G. Angelides // J Pediatr Surg. – 2010. - №1. – P.80-83.
10. Rosso, E. [Pancreatic pseudocyst in chronic pancreatitis: endoscopic and surgical treatment / E. Rosso, N. Alexakis, P. Ghaneh, M. Lombard, H.L. Smart, J. Evans, J.P. Neoptolemos //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12900529) Dig Surg. – 2003. - №5. – P.397-406.
11. Roth, J.S. [Laparoscopic pancreatic cystgastrostomy: the lesser sac technique / J.S. Roth, A.E. Park //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11444753) Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. – 2001. - № 3. – P.201-203.

1. [Rückert, F](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=R%C3%BCckert%20F%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21512849). Quality of life in patients after pancreaticoduodenectomy for chronic pancreatitis / F. [Rückert](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=R%C3%BCckert%20F%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21512849), M. [Distler](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Distler%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21512849), S. [Hoffmann](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hoffmann%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21512849), D. [Hoffmann](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hoffmann%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21512849), C. [Pilarsky](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Pilarsky%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21512849), F. [Dobrowolski](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Dobrowolski%20F%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21512849), H.D. [Saeger](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Saeger%20HD%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21512849), R. [Grützmann](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Gr%C3%BCtzmann%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21512849)  // [J Gastrointest Surg.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21512849) – 2011. - №7. – P.1143-1150.
2. Sahel, J. [Endoscopic cystoduodenostomy of cysts of chronic calcifying pancreatitis: a report of 20 cases / J. Sahel, C. Bastid, B. Pellat, P. Schurgers, H. Sarles //](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F3628239) Pancreas. – 1987. - №4. – P.447-453.
3. Sainani, N.I. [Comparative performance of MDCT and MRI with MR cholangiopancreatography in characterizing small pancreatic cysts / N.I. Sainani, A. Saokar, V. Deshpande, C. Fernández-del Castillo, P. Hahn, D.V. Sahani //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19696285) AJR Am J Roentgenol. – 2009. - №3. – P.722-731.
4. Sand, J. [Pain caused by chronic pancreatitis / J. Sand, I. Nordback](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21695998) // Duodecim. – 2011. -№10. – P.995-1001.

1. [Sandrasegaran, K](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sandrasegaran%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21601184). Diffusion-weighted imaging in characterization of cystic pancreatic lesions / K. [Sandrasegaran](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sandrasegaran%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21601184), F.M. [Akisik](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Akisik%20FM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21601184), A.A. [Patel](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Patel%20AA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21601184), M. [Rydberg](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Rydberg%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21601184), H.M. [Cramer](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Cramer%20HM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21601184), N.P. [Agaram](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Agaram%20NP%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21601184), C.M. [Schmidt](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Schmidt%20CM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21601184)  // [Clin Radiol.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Sandrasegaran+K%2C+Akisik+FM%2C+Patel+AA%2C+Rydberg+M%2C+Cramer+HM%2C+Agaram+NP%2C+Schmidt+CM)– 2011. - №9. – P.808-814.
2. Seewald, S. [EUS 2008 Working Group document: evaluation of EUS-guided drainage of pancreatic-fluid collections (with video) / S. Seewald, T.L. Ang, M. Kida, K.Y. Teng, N. Soehendra //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19179137) Gastrointest Endosc. – 2009. - №69. – P.13-21.
3. Seewald, S. [EUS-guided drainage of pancreatic pseudocysts, abscesses and infected necrosis / S. Seewald, T.L. Ang, K.C. Teng, N. Soehendra //](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F19691738) Dig Endosc. – 2009. - №21. – P.61-65.

1. [Seven, G](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Seven%20G%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22401819). Long-term outcomes associated with pancreatic extracorporeal shock wave lithotripsy for chronic calcific pancreatitis / G. [Seven](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Seven%20G%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22401819), M.A. [Schreiner](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Schreiner%20MA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22401819), A.S. [Ross](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ross%20AS%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22401819), O.S. [Lin](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lin%20OS%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22401819), M. [Gluck](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Gluck%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22401819), S.I. [Gan](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Gan%20SI%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22401819), S. [Irani](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Irani%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22401819), J.J. [Brandabur](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Brandabur%20JJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22401819), D. [Patterson](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Patterson%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22401819), C. [Kuhr](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kuhr%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22401819), R. [Kozarek](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kozarek%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22401819)  // [Gastrointest Endosc.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22401819)– 2012. - №5. – P.997-1004.

1. [Shah, S.A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Shah%20SA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22538041). Giant pancreatic pseudocyst / S.A. [Shah](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Shah%20SA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22538041), M.T. [Abdullah](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Abdullah%20MT%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22538041), A.H. [Kakar](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kakar%20AH%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22538041), M. [Zubair](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Zubair%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22538041)  // [J Coll Physicians Surg Pak.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Shah+SA%2C+Abdullah+MT%2C+Kakar+AH%2C+Zubair+M)– 2012. - №5. – P.325-327.

1. [Shin, LK](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Shin%20LK%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19276960). Intraoperative ultrasound of the pancreas / [Shin LK](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Shin%20LK%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19276960), [Brant-Zawadzki G](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Brant-Zawadzki%20G%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19276960), [Kamaya A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kamaya%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19276960), [Jeffrey RB](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Jeffrey%20RB%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19276960) //[Ultrasound Q.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Shin+LK%2C+Brant-Zawadzki+G%2C+Kamaya+A%2C+Jeffrey+RB.)– 2009. - №1. – P.39-48.
2. Siddiqui, A.A. [Low but significant yield of endosonography in patients with suspected Sphincter of Oddi Dysfunction Type III with normal imaging studies / A.A. Siddiqui, D. Tholey, R. Kedika, D.E. Loren, T.E. Kowalski, M.A. Eloubeidi //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23012668) J Gastrointestin Liver Dis. – 2012. - №3. –P.271-275.
3. Singhal, D. [Issues in management of pancreatic pseudocysts / D. Singhal, R. Kakodkar, R. Sud, A. Chaudhary //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16998250) JOP. – 2006. -№5. – P.502-507.

1. [Siriwardena, A.K](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Siriwardena%20AK%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22683257). Pain in Patients With Chronic Pancreatitis: The ANTICIPATE Study / A.K. [Siriwardena](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Siriwardena%20AK%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22683257), J.M. [Mason](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Mason%20JM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22683257), A.J. [Sheen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sheen%20AJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22683257), A.J. [Makin](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Makin%20AJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22683257), N.S. [Shah](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Shah%20NS%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22683257)  // [Gastroenterology.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22683257) – 2012. - №3. – P.655-663.
2. Smadja, C. [Laparoscopic cystogastrostomy for pancreatic pseudocyst is safe and effective / C. Smadja, A. Badawy, C. Vons, V. Giraud, D. Franco //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10522534) J Laparoendosc Adv Surg Tech A. – 1999. - №5. – P.401-403.

1. [Small, A.J](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%3Fterm%3DSmall%2520AJ%255BAuthor%255D%26cauthor%3Dtrue%26cauthor_uid%3D18581190" \t "_blank). Retrograde endoscopic cystgastrostomy for pancreatic pseudocyst drainage after a Prior Roux-en-Y gastric bypass / A.J [Small](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%3Fterm%3DSmall%2520AJ%255BAuthor%255D%26cauthor%3Dtrue%26cauthor_uid%3D18581190), F.G. [Que](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%3Fterm%3DQue%2520FG%255BAuthor%255D%26cauthor%3Dtrue%26cauthor_uid%3D18581190), T.H. [Baron](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%3Fterm%3DBaron%2520TH%255BAuthor%255D%26cauthor%3Dtrue%26cauthor_uid%3D18581190)  // [Obes Surg.](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F%3Fterm%3DSmall%2BAJ%252C%2BQue%2BFG%252C%2BBaron%2BTH.)– 2009. -№2. – P.243-246.

1. [Snozek, C.L](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Snozek%20CL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19576876).Use of cyst fluid CEA, CA19-9, and amylase for evaluation of pancreatic lesions / C.L. [Snozek](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Snozek%20CL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19576876), R.C. [Mascarenhas](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Mascarenhas%20RC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19576876), D.J. [O'Kane](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=O'Kane%20DJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19576876)  // [Clin Biochem.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Snozek+CL%2C+Mascarenhas+RC%2C+O'Kane+DJ.)– 2009. -№15. – P.1585-1588.
2. Spinelli, K.S. [Cystic pancreatic neoplasms: observe or operate / K.S. Spinelli, T.E. Fromwiller, R.A. Daniel, J.M. Kiely, A. Nakeeb, R.A. Komorowski, S.D. Wilson, H.A. Pitt //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15082969) Ann Surg. – 2004. - №5. – P.651-657.

1. [Spivak, H](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Spivak%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=9583690). Management of pancreatic pseudocysts / H. [Spivak](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Spivak%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=9583690), J.R. [Galloway](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Galloway%20JR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=9583690), J.R. [Amerson](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Amerson%20JR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=9583690), A.S. [Fink](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Fink%20AS%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=9583690), G.D. [Branum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Branum%20GD%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=9583690), R.D. [Redvanly](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Redvanly%20RD%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=9583690), W.S. [Richardson](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Richardson%20WS%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=9583690), S.J. [Mauren](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Mauren%20SJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=9583690), J.P. [Waring](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Waring%20JP%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=9583690), J.G. [Hunter](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hunter%20JG%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=9583690)  // [J Am Coll Surg.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Spivak+H%2C+Galloway+JR%2C+Amerson+JR%2C+Fink+AS%2C+Branum+GD%2C+Redvanly+RD%2C+Richardson+WS%2C+Mauren+SJ%2C+Waring+JP%2C+Hunter+JG) – 1998. - №5. – P.507-511.
2. Staquet, M.J. Quality of life assessment in clinical trials / Ed. M.J.Staquet. - New York: Raven Press. Ltd, 1990. – 24 p.
3. Staquet, M.J. Quality of life assessment in clinical trials / M.J.Staquet, R.D.Hays. - Oxford, New York, Tokyo: Fayers-Oxford University Press, 1998. – 360 p.
4. Starfield. B. Comorbidity: Implications for the Importance of Primary Care in Case Management / B.Starfield, K.W. Lemke, T. Bernhardt // [Ann Fam Med. – 2003. - №1. – Р. 8-14](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466556/?tool=pubmed).

1. [Stefaniak, T](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Stefaniak%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22654440). Does antioxidant therapy influence every aspect of quality of life? / T. [Stefaniak](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Stefaniak%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22654440), A. [Vingerhoets](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Vingerhoets%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22654440), Z. [Sledzinski](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sledzinski%20Z%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22654440)  // [World J Gastroenterol.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22654440) – 2012. - №19. – P.2441-2442.

1. [Suga, H](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Suga%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=16639988). A case of mediastinal pancreatic pseudocyst successfully treated with somatostatin analogue / H. [Suga](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Suga%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=16639988), O. [Tsuruta](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Tsuruta%20O%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=16639988), Y. [Okabe](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Okabe%20Y%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=16639988), F. [Saitoh](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Saitoh%20F%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=16639988), T. [Noda](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Noda%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=16639988), H. [Yoshida](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Yoshida%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=16639988), N. [Ono](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ono%20N%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=16639988), H. [Kinoshita](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kinoshita%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=16639988), A. [Toyonaga](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Toyonaga%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=16639988), M. [Sata](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sata%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=16639988)  // [Kurume Med J.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Suga+H%2C+Tsuruta+O%2C+Okabe+Y%2C+Saitoh+F%2C+Noda+T%2C+Yoshida+H) – 2005. - №4. – P.161-164.

1. [Sugiura, T](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sugiura%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22391978). Intramural pseudocyst of the duodenum caused by pancreatic head cancer: report of a case / T. [Sugiura](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sugiura%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22391978), K. [Uesaka](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Uesaka%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22391978), H. [Kanomata](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kanomata%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22391978), K. [Sasaki](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sasaki%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22391978), H. [Kanemoto](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kanemoto%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22391978), T. [Mizuno](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Mizuno%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22391978)  // [Surg Today.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Sugiura+T%2C+Uesaka+K%2C+Kanomata+H%2C+Sasaki+K%2C+Kanemoto+H%2C+Mizuno+T.)– 2012. - №8. - P.805-807.
2. Sun, Y.M. [Totally laparoscopic Roux-en-Y cystojejunostomy as a sole treatment option for pancreatic pseudocysts: a report of four cases / Y.M. Sun, H.H. Cai, J.F. Bai, H.L. Zhao, Z. Fu, Y. Miao //](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F20819557) Chin Med J (Engl). – 2010. - №15. – P.142-144.

1. [Sutherland, D.E](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sutherland%20DE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22397977). Total pancreatectomy and islet autotransplantation for chronic pancreatitis / D.E. [Sutherland](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sutherland%20DE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22397977), D.M. [Radosevich](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Radosevich%20DM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22397977), M.D. [Bellin](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bellin%20MD%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22397977), B.J. [Hering](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hering%20BJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22397977), G.J. [Beilman](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Beilman%20GJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22397977), T.B. [Dunn](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Dunn%20TB%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22397977), S. [Chinnakotla](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Chinnakotla%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22397977), S.M. [Vickers](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Vickers%20SM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22397977), B. [Bland](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bland%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22397977), A.N. [Balamurugan](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Balamurugan%20AN%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22397977), M.L. [Freeman](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Freeman%20ML%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22397977), T.L. [Pruett](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Pruett%20TL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22397977) // [J Am Coll Surg.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22397977)– 2012. - №4. – P.409-424.
2. Talar-Wojnarowska R. [Outcome of pseudocysts complicating chronic pancreatitis / R. Talar-Wojnarowska, B. Woźniak, M. Pazurek, E. Małecka-Panas //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20698240) Hepatogastroenterology. – 2010.- №57. – P.631-634.
3. Tanaka, S. [Slight dilatation of the main pancreatic duct and presence of pancreatic cysts as predictive signs of pancreatic cancer: a prospective study / S. Tanaka, M. Nakao, T. Ioka, R. Takakura, Y. Takano, H. Tsukuma, H. Uehara, R. Suzuki, J. Fukuda //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20177107) Radiology. – 2010. - №3. – P.965-972.
4. [Teixeira, J](http://europepmc.org/search/?page=1&query=AUTH:%22Teixeira+J%22&restrict=All+results). Laparoscopic Roux-en-Y pancreatic cyst-jejunostomy/ J. [Teixeira](http://europepmc.org/search/?page=1&query=AUTH:%22Teixeira+J%22&restrict=All+results), K.E. [Gibbs](http://europepmc.org/search/?page=1&query=AUTH:%22Gibbs+KE%22&restrict=All+results), S. [Vaimakis](http://europepmc.org/search/?page=1&query=AUTH:%22Vaimakis+S%22&restrict=All+results), C. [Rezayat](http://europepmc.org/search/?page=1&query=AUTH:%22Rezayat+C%22&restrict=All+results)  // [Surgical Endoscopy](http://europepmc.org/search/?page=1&query=ISSN:%220930-2794%22&restrict=All+results). – 2003. - №12. – P.1910-1913.

1. [Tezuka, K](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Tezuka%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22572950). Postoperative hematological changes after spleen-preserving distal pancreatectomy with preservation of the splenic artery and vein / K. [Tezuka](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Tezuka%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22572950), W. [Kimura](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kimura%20W%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22572950), I. [Hirai](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hirai%20I%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22572950), T. [Moriya](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Moriya%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22572950), T. [Watanabe](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Watanabe%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22572950), M. [Yano](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Yano%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22572950)  // [Dig Surg.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22572950) – 2012. - №2. – P.157-164.
2. Thomasset, S.C. [A simple, safe technique for the drainage of pancreatic pseudocysts / S.C. Thomasset, D.P. Berry, G. Garcea, S.L. Ong, T. Hall, Y. Rees, C.D. Sutton, A.R. Dennison //](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F20840403) ANZ J Surg. – 2010. - №9. – P.609-614.
3. Tiegang, L. [Massive digestive tract bleeding due to pancreatic pseudocyst: a case report / L. Tiegang, W. Nana, Z. Min //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21030186) Am J Emerg Med. – 2011. -№9. – P.1238.
4. Trevino, J.M. [Endoscopic ultrasound-guided transjejunal drainage of pancreatic pseudocyst / J.M. Trevino, S. Varadarajulu //](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F20335782) Pancreas. – 2010. - №3. – P. 419-420.
5. Trias, M. Intraluminal stapled laparoscopic cystogastrostomy for treatment of pancreatic pseudocyst / M. Trias, E.M. Targarona, C. Balague, A. Cifuentes, P. Taura // Br J Surg. – 1995. - №3. – P.403.

1. [Tsiouris, A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Tsiouris%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21929675). Distal pancreatectomy with or without splenectomy: comparison of postoperative outcomes and surrogates of splenic function / A. [Tsiouris](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Tsiouris%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21929675), C.M. [Cogan](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Cogan%20CM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21929675), V. [Velanovich](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Velanovich%20V%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21929675)  // [HPB (Oxford).](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Tsiouris%20A%2C%20Cogan%20CM%2C%20Velanovich%20V.%20Distal%20pancreatectomy%20with%20or%20without%20splenectomy%3A%20comparison%20of%20postoperative%20outcome%20and%20surrogates%20of%20splenic%20function.%20HPB%202011%3B%2013%3A%20738-44) – 2011. - №10. – P.738-744.
2. Ueda, J. [Surgery for chronic pancreatitis decreases the risk for pancreatic cancer: a multicenter retrospective analysis.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22989892) Research Committee of Intractable Diseases of the Pancreas / J. Ueda, M. Tanaka, T. Ohtsuka, S. Tokunaga, T. Shimosegawa //Surgery. – 2013. - №3. – P.357-364.
3. Umnova, L.M. [Comparative investigation of quality of life and clinical pancreatic index in patients with chronic pancreatitis / L.M. Umnova, G.A. Orlikov, Iu.G. Voĭtsekhovaskaia, V.K. Voltnere, E.K. Ostrovskis, V.V. Voĭtsekhovskiĭ //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21516852) Ter Arkh. – 2011. - №2. – P.61-63.
4. [Usatoff, V](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Usatoff%20V%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=11091235). Operative treatment of pseudocysts in patients with chronic pancreatitis / V. Usatoff, R. [Brancatisano](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Brancatisano%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=11091235) , R.C. [Williamson](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Williamson%20RC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=11091235) // Br J Surg. – 2000. - №87. – Р.1494-1499.

1. [van der Gaag N.A](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=van%20der%20Gaag%20NA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22418009). Functional and medical outcomes after tailored surgery for pain due to chronic pancreatitis / N.A. [van der Gaag](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=van%20der%20Gaag%20NA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22418009), T.M. [van Gulik](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=van%20Gulik%20TM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22418009), O.R. [Busch](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Busch%20OR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22418009), M.A. [Sprangers](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Sprangers%20MA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22418009), M.J. [Bruno](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bruno%20MJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22418009), C. [Zevenbergen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Zevenbergen%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22418009), D.J. [Gouma](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Gouma%20DJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22418009), M.A. [Boermeester](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Boermeester%20MA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22418009)  // [Ann Surg.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22418009)– 2012. - №4. – P.763-770.
2. van Galen K.P. [Pancreatic pseudocyst in an adult patient after treatment with pegylated asparaginase / K.P. van Galen, S. Zweegman, G.J. Ossenkoppele //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21623759) Br J Haematol. – 2011. - №6. – P.676.
3. van Sonnenberg E. [Percutaneous drainage of infected and noninfected pancreatic pseudocysts: experience in 101 cases / E. van Sonnenberg, G.R. Wittich, G. Casola, T.C. Brannigan, F. Karnel, B.E. Stabile, R.R. Varney, R.R. Christensen //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2644662) Radiology. – 1989. - №170. – P.757-761.
4. van Weel, C. Comorbidity and guidelines: conflicting interests / C. van Weel, F.G. Schellevis // [Lancet. - 2006. – V.367. – Р.550-551](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2806%2968198-1/fulltext).
5. Varadarajulu S. [Graded dilation technique for EUS-guided drainage of peripancreatic fluid collections: an assessment of outcomes and complications and technical proficiency (with video) / S. Varadarajulu, A. Tamhane, J. Blakely //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18599050) Gastrointest Endosc. – 2008. - №4. – P.656-666.

1. [Vasile, TA](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Vasile%20TA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22675710). Added value of intravenous contrast-enhanced ultrasound for characterization of cystic pancreatic masses: a prospective study on 37 patients / T.A. [Vasile](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Vasile%20TA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22675710), M. [Socaciu](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Socaciu%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22675710), R. [Stan Iuga](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Stan%20Iuga%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22675710), A. [Seicean](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Seicean%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22675710), C. [Iancu](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Iancu%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22675710), N. [al Hajjar](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=al%20Hajjar%20N%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22675710), T. [Zaharie](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Zaharie%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22675710), R. [Badea](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Badea%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22675710)  // [Med Ultrason.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Vasile+TA%2C+Socaciu+M%2C+Stan+Iuga+R%2C+Seicean+A%2C+Iancu+C%2C+al+Hajjar+N%2C+Zaharie+T%2C+Badea+R)– 2012. -№2. - 108-114.
2. Venkatesh, P.G. [Azathioprine induced pancreatitis in a patient with co-existing autoimmune pancreatitis and hepatitis / P.G. Venkatesh, U. Navaneethan //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21546702)JOP. – 2011. - №3. – P.250-254.

1. [Vila, J.J](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Vila%20JJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22720126). Post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography complications: How can they be avoided? / J.J. [Vila](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Vila%20JJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22720126), E.L. [Artifon](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Artifon%20EL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22720126), J.P. [Otoch](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Otoch%20JP%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22720126)  //[World J Gastrointest Endosc.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Vila+JJ%2C+Artifon+EL%2C+Otoch+JP)– 2012. - №6. – P.241-246.
2. Visser, B.C. [Characterization of cystic pancreatic masses: relative accuracy of CT and MRI / B.C. Visser, B.M. Yeh, A. Qayyum, L.W. Way, C.E. McCulloch, F.V. Coakley //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17715113)AJR Am J Roentgenol. – 2007. - №3. – P.648-656.

1. [Walsh, R.M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Walsh%20RM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22673773). Improved quality of life following total pancreatectomy and auto-islet transplantation for chronic pancreatitis / R.M. [Walsh](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Walsh%20RM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22673773), J.R. [Saavedra](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Saavedra%20JR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22673773), G. [Lentz](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lentz%20G%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22673773) , A.D. [Guerron](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Guerron%20AD%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22673773), J. [Scheman](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Scheman%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22673773), T. [Stevens](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Stevens%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22673773), M. [Trucco](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Trucco%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22673773), R. [Bottino](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bottino%20R%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22673773), B. [Hatipoglu](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hatipoglu%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22673773)  //[J Gastrointest Surg.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22673773)– 2012. - №8. – P.1469-1477.
2. Walsh, R.M. [Natural history of indeterminate pancreatic cysts / R.M. Walsh, D.P. Vogt, J.M. Henderson, G. Zuccaro, J. Vargo, J. Dumot, B. Herts, C.V. Biscotti, N. Brown //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16269295) Surgery. - 2005. -№4. – P.665-670.
3. Ware, J.E. SF-36 health survey: Manual and Interpretation guide / J. Ware, K. Snow, M. Kosimski // Med. Care. – 1992. – №30. – P.473-483.
4. Warshaw, A.L. [Timing of surgical drainage for pancreatic pseudocyst. Clinical and chemical criteria / A.L. Warshaw, D.W. Rattner //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4073984)Ann Surg. – 1985. - №6. – P.720-724.

1. [Warshaw, A.L](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Warshaw%20AL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19882099). Distal pancreatectomy with preservation of the spleen / A.L.[Warshaw](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Warshaw%20AL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19882099) //[J Hepatobiliary Pancreat Sci.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Warshaw%20AL.%20Distal%20pancreatectomy%20with%20preservation%20of%20the%20spleen.%20J.%20Hepatobiliary%20Pancreat.%20Sci.%202010%3B%2017%3A%20802-12) – 2010. - № 6. – P.808-812.
2. Way, LW. Laparoscopic pancreatic cystogastrostomy: the first operation in the new field of intraluminal laparoscopic surgery / L.W. Way, P. Legha, T. Mori // Surg Endosc. – 1994. - №3. – P. 235.
3. Weilert, F.[Endoscopic ultrasound-guided drainage of pancreatic fluid collections with indeterminate adherence using temporary covered metal stents / F. Weilert, K.F. Binmoeller, J.N. Shah, Y.M. Bhat, S. Kane //](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F22791588) Endoscopy. – 2012. - №8. - 780-783.
4. Wewers, M.E. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena / M.E.Wewers, N.K.Lowe // Res Nurs Health. - 1990. - №13. – P.227—236.

1. [Will, U](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%3Fterm%3DWill%2520U%255BAuthor%255D%26cauthor%3Dtrue%26cauthor_uid%3D18528810" \t "_blank). Hemosuccus pancreaticus"--primarily ultrasound-guided successful intervention using transcutaneous fibrin glue application and histoacry injection / U. [Will](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%3Fterm%3DWill%2520U%255BAuthor%255D%26cauthor%3Dtrue%26cauthor_uid%3D18528810), A.K. [Mueller](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%3Fterm%3DMueller%2520AK%255BAuthor%255D%26cauthor%3Dtrue%26cauthor_uid%3D18528810), R. [Grote](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%3Fterm%3DGrote%2520R%255BAuthor%255D%26cauthor%3Dtrue%26cauthor_uid%3D18528810) , F. [Meyer](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%3Fterm%3DMeyer%2520F%255BAuthor%255D%26cauthor%3Dtrue%26cauthor_uid%3D18528810)  // [Ultraschall Med.](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F%3Fterm%3DWill%2BU%252C%2BMueller%2BAK%252C%2BGrote%2BR%252C%2BMeyer%2BF)– 2008. -№5. – P.260-263.
2. Will, U. [Interventional ultrasound-guided procedures in pancreatic pseudocysts, abscesses and infected necroses - treatment algorithm in a large single-center study / U. Will, C. Wanzar, R. Gerlach, F. Meyer //](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F21259182) Ultraschall Med. – 2011. - №2. – P.176-183.
3. Williams, K.J. [Pancreatic pseudocyst: recommendations for operative and nonoperative management / K.J. Williams, T.C. Fabian //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1558338) Am Surg. – 1992. - №3. – P.199-205.

1. [Xu M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Xu%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21477957).The application value of contrast-enhanced ultrasound in the differential diagnosis of pancreatic solid-cystic lesions / M. [Xu](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Xu%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21477957) , X.Y. [Xie](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Xie%20XY%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21477957) , G.J. [Liu](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Liu%20GJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21477957) , H.X. [Xu](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Xu%20HX%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21477957), Z.F. [Xu](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Xu%20ZF%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21477957) , G.L. [Huang](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Huang%20GL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21477957), P.F. [Chen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Chen%20PF%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21477957), J. [Luo](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Luo%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21477957), M.D. [Lü](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=L%C3%BC%20MD%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21477957) // [Eur J Radiol.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Xu+M%2C+Xie+XY%2C+Liu+GJ%2C+Xu+HX%2C+Xu+ZF%2C+Huang+GL%2C+Chen+PF%2C+Luo+J%2C+L%C3%BC+MD)– 2012. - №7. – P.1432-1437.
2. Yamaguchi, T. [Huge pseudocyst of the pancreas caused by poorly differentiated invasive ductal adenocarcinoma with osteoclast-like giant cells: report of a case / T. Yamaguchi, H. Takahashi, R. Kagawa, R. Takeda, S. Sakata, M. Yamamoto, D. Nishizaki //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17523330) Hepatogastroenterology. – 2007. - №74. – P.599-601.
3. Yamamoto, S. [Percutaneous ethanol injection for unresectable pancreatic cancer-report of two cases / S. Yamamoto, I. Miyake, K. Takatori, K. Ohmoto, Y. Mitsui, M. Shimabara //](https://docviewer.yandex.ru/r.xml?sk=y360a75f1a3806a7bd6e262d3985ff85c&url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F9797822) Gan To Kagaku Ryoho. – 1998. - №12. – P.1969-1971.
4. Yeo, CJ. [The natural history of pancreatic pseudocysts documented by computed tomography / C.J. Yeo, J.A. Bastidas, A. Lynch-Nyhan, E.K. Fishman, M.J. Zinner, J.L. Cameron //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2326721)Surg Gynecol Obstet. – 1990. - №5. – P.411-417.

1. [Yunoki, Y](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Yunoki%20Y%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=10626199). Use of disposable stapler in operative cystogastrostomy for pancreatic pseudocyst / Y. Yunoki, H. Takeuchi, Y. Yasui, K. Tanakaya, E. Konaga, K. Hamazaki // Hepatogastroenterology.- 1999.-№46. – Р. 3271–3273.

1. [Zdanyte, E](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Zdanyte%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15630345).Difficulties of differential diagnosis of pancreatic pseudocysts and cystic neoplasms / E. [Zdanyte](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Zdanyte%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15630345), K. [Strupas](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Strupas%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15630345), A. [Bubnys](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bubnys%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15630345), E. [Stratilatovas](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Stratilatovas%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=15630345)  //[Medicina (Kaunas).](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=%2C%2C+Zdanyte+E%2C+Strupas+K%2C+Bubnys+A%2C+Stratilatovas+E) – 2004. - №12. – P.1180-1188.
2. Zerem, E. [Percutaneous treatment for symptomatic pancreatic pseudocysts: Long-term results in a single center / E. Zerem, G. Imamović, S. Omerović, F. Ljuca, Haracić //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20816592)Eur J Intern Med. – 2010. -№5. – P.393-397.
3. Zhang, XM. [Pancreatic cysts: depiction on single-shot fast spin-echo MR images / X.M. Zhang, D.G. Mitchell, M. Dohke, G.A. Holland, L. Parker //](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11997566) Radiology. – 2002. - №2. – P.547-553.

1. [Zheng, Z](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Zheng%20Z%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21775913). Pancreaticoduodenectomy versus duodenum-preserving pancreatic head resection for the treatment of chronic pancreatitis / Z. [Zheng](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Zheng%20Z%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21775913) , G. [Xiang](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Xiang%20G%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21775913) , C. [Tan](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Tan%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21775913) , H. [Zhang](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Zhang%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21775913) , B. [Liu](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Liu%20B%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21775913) , J. [Gong](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Gong%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21775913) , G. [Mai](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Mai%20G%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21775913) , X. [Liu](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Liu%20X%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21775913)  //[Pancreas.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21775913)– 2012. -№1. – P.147-152.

1. [Zhou, LY](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Zhou%20LY%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22040446).Contrast-enhanced ultrasound in detection and follow-up of pancreaticoduodenal artery pseudoaneurysm: a case report / L.Y. [Zhou](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Zhou%20LY%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22040446) , X.Y. [Xie](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Xie%20XY%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22040446) , D. [Chen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Chen%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22040446) , M.D. [Lü](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=L%C3%BC%20MD%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22040446)  //[Chin Med J (Engl).](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Zhou+LY%2C+Xie+XY%2C+Chen+D%2C+L%C3%BC+MD)– 2011. - №17. – P.2792-2794.
2. [Zirngibl, H](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Zirngibl%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=6877002). Drainage treatment of pancreatic pseudocysts / H. [Zirngibl](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Zirngibl%20H%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=6877002), C. [Gebhardt](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Gebhardt%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=6877002), D. [Fassbender](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Fassbender%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=6877002)  // [Langenbecks Arch Chir.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Zirngibl+H%2C+Gebhardt+C%2C+Fassbender+D.) – 1983. - №1. – Р.29-41.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Список иллюстрационного материала**  Таблица 1. Стадии формирования псевдокисты поджелудочной железы Карагюлян Р.Г. (1972г.).  Таблица 2. Классификация панкреатических скоплений жидкости (Атланта, 1992г.).  Таблица 3. Характеристика выборки больных с псевдокистой поджелудочной железы по полу и возрасту.  Таблица 4. Инструментальные методы диагностики псевдокист поджелудочной железы.  Таблица 5. Общая характеристика групп больных с ложной кистой поджелудочной железы.  Таблица 6. Характер и частота осложнений псевдокист поджелудочной железы.  Таблица 7. Характер и частота сопутствующих заболеваний у больных псевдокистой поджелудочной железы по МКБ-10.  Таблица 8. Антропометрические измерения и степень нарушения питания.  Таблица 9. Качество данных опросника SF-36 в репрезентативной выборке больных.  Таблица 10. Частота и вид ранних осложнений у больных после внутреннего дренирования кист поджелудочной железы по [Clavien*-*DindoClassification](http://www.google.ru/url?sa=t&rct=j&q=clavien-dindo%20%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%84%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F%20&source=web&cd=3&ved=0CCwQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.surgicalcomplication.info%2Findex-2.html&ei=7cGlTpveCYS0-QbQlvSJBQ&usg=AFQjCNHRX-fw8NlAlo4uRUE6EM8cXMZAVg&sig2=okZi-hqj355MtfZtWFLVIg&cad=rjt)*.*  Таблица 11. Характеристика больных с инфекционными осложнениями.  Таблица 12. Характеристика больных группы технических осложнений.  Таблица 13. Средний послеоперационный койко-день у больных после внутреннего дренирования псевдокисты поджелудочной железы.  Таблица 14. Виды оперативных вмешательств в отдаленном периоде у больных двух групп.  Таблица 15. Общая характеристика повторно оперированных больных с рецидивом кисты.  Таблица 16. Общая характеристика повторно оперированных больных с рецидивом болевого синдрома.  Таблица 17. Участие пациентов в трудовой деятельности до операции.  Таблица 18. Участие пациентов в трудовой деятельности после операции.  Таблица 19. Показатели качества жизни у больных до и после операции в зависимости от трудовой занятости.  Таблица 20. Интенсивность болевого синдрома в баллах у больных с псевдокистой поджелудочной железы до операции.  Таблица 21. Интенсивность болевого синдрома в баллах у больных с псевдокистой поджелудочной железы после операции.  Таблица 22. Интенсивность болевого синдрома по ВАШ у больных до и после операции.  Таблица 23. Показатели индекса массы тела у больных с псевдокистой поджелудочной железы до операции.  Таблица 24. Показатели индекса массы тела у лиц группы прямого и шунтирующего дренирования после операции.  Таблица 25. Степени нарушения питания по ИМТ (ВОЗ) до и после операции.  Таблица 26. Степень нарушения питания у пациентов обеих групп до и после операции.  Таблица 27. Показатели качества жизни пациентов с панкреатической кистой до и после операции.  Таблица 28. Показатели физического и психического компонентов здоровья у пациентов I и II групп до и после операции.  Таблица 29. Показатели качества жизни пациентов с панкреатической кистой до и после операции в зависимости от гендерной принадлежности.  Таблица 30. Показатели качества жизни больных I и II групп до и после операции.  Таблица 31. Показатели качества жизни до и после операции у пациентов I и II групп.  Таблица 32. Физический компонент здоровья пациентов I и II групп до и после операции в зависимости от этиологии кистозного образования.  Таблица 33. Психический компонент здоровья пациентов I и II групп до и после операции в зависимости от этиологии кистозного образования.  Рис. 1. Длительность употребления алкоголя у больных с ложной кистой поджелудочной железы.  Рис. 2. Степени нарушения питания в зависимости от антропометрических измерений  Рис. 3. Показатели качества жизни больных I и II групп до (А) и после (Б) операции.  **Приложения**  Приложение 1.  Оригинальная анкеты №1.   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 1 | анкета № |  |  |  |  | | 2 | Дата заполнения |  |  |  |  | | 3 | Ф.И.О. |  |  |  |  | | 4 | Рост |  |  |  |  | | 5 | Вес |  |  |  |  | | 6 | Пол |  |  |  |  | | 7 | Возраст |  |  |  |  | | 8 | Профессия |  |  |  |  | | 9 | Образование |  |  |  |  | | 10 | Район |  |  |  |  | | 11 | Проживает | Город | село |  |  | | 12 | № истории болезни |  |  |  |  | | 13 | ВЫ принимаете пищу регулярно? | да | нет | не всегда | не знаю | | 14 | Вы разборчивы в еде? | да | нет | не всегда | не знаю | | 15 | Вы любите жирную пищу? | да | нет | не всегда | не знаю | | 16 | Вы любите острую пищу? | да | нет | не всегда | не знаю | | 17 | Вы любите солёную пищу? | да | нет | не всегда | не знаю | | 18 | Вы любите сладкую пищу? | да | нет | не всегда | не знаю | | 19 | Вы любите мясо и мясные продукты? | да | нет | не всегда | не знаю | | 20 | Вы любите растительную пищу? | да | нет | не всегда | не знаю | | 21 | Вы употребляете алкоголь | да | нет | не всегда |  | | 22 | Пиво | да | нет | не всегда |  | | 23 | Вино | да | нет | не всегда |  | | 24 | Водку, коньяк | да | нет | не всегда |  | | 25 | Самогон | да | нет | не всегда |  | | 26 | Длительность употребления алкоголя: менее 5 лет | 6-10лет | 11-15лет | 16-20лет | >21 года | | 27 | Вы употебляете алкоголь каждую неделю? | да | нет | не всегда |  | | 28 | Вы употребляете алкоголь каждый месяц? | да | нет | не всегда |  | | 29 | Каждый день? | да | нет | не всегда |  | | 30 | Только по праздникам? | да | нет | не всегда |  | | 31 | Вы употребляли алкоголь несколько дней подряд? | да | нет | не всегда | не знаю | | 32 | У вас бывали случаи очень сильного опьянения? | да | нет | не всегда |  | | 33 | Такие случаи бывали часто? | да | нет | не всегда | не знаю | | 34 | Вас беспокоят постоянные боли? | да | нет | не всегда | не знаю | | 35 | Вас беспокоят приступообразные боли? | да | нет | не всегда | не знаю | | 36 | Вас беспокоят постоянные в сочетании с приступами боли? | да | нет | не всегда | не знаю | | 37 | Опоясывающие | да | нет | не всегда | не знаю | | 38 | Под ложечкой | да | нет | не всегда | не знаю | | 39 | В правом подреберье | да | нет | не всегда | не знаю | | 41 | В левом подреберье | да | нет | не всегда | не знаю | | 42 | После приема пищи | да | нет | не всегда | не знаю | | 43 | С распространением в спину | да | нет | не всегда | не знаю | | 44 | С распространением в область сердца | да | нет | не всегда | не знаю | | 45 | Общая слабость | да | нет | не всегда | не знаю | | 46 | Похудание | да | нет | не всегда | не знаю | | 47 | Снижение аппетита | да | нет | не всегда | не знаю | | 48 | Отрыжка | да | нет | не всегда | не знаю | | 49 | Тошнота | да | нет | не всегда | не знаю | | 50 | Рвота | да | нет | не всегда | не знаю | | 51 | Поносы | да | нет | не всегда | не знаю | | 52 | Запоры | да | нет | не всегда | не знаю | | 53 | Поносы, чередующиеся с запорами | да | нет | не всегда | не знаю | | 54 | Повышение температуры тела | да | нет | не всегда | не знаю | | 55 | Тошнота и рвота сочеталсь с болями в животе? | да | нет | не всегда | не знаю | | 56 | Эти жалобы связаны с погрешностью в диете? | да | нет | не всегда | не знаю | | 57 | Эти жалобы связаны с употреблением алкоголя? | да | нет | не всегда | не знаю | | 58 | У Вас всегда нормальный стул? | да | нет | не всегда | не знаю | | 59 | У Вас бывает стул обильный, кашицеобразный,  с резким запахом? | да | нет | не всегда | не знаю | | 60 | У вас бывает светлый стул? | да | нет | не всегда | не знаю | | 61 | У ВАС часто жидкий стул? | да | нет | не всегда | не знаю | | 62 | у Вас редко бывает жидкий стул? | да | нет | не всегда | не знаю | | 63 | У Вас были случаи, когда боли в животе  сочетались с поносом? | да | нет | не всегда | не знаю | | 64 | У Вас были пищевые отравления? | да | нет | не всегда | не знаю | | 65 | Вы курите? | да | нет | не всегда | не знаю | | 66 | Вы наблюдаете похудани за последнее время (год)? | да | нет | не всегда | не знаю | | 67 | Вы наблюдаете похудани за последнее время (год)? На Сколько? | 5 | от5 до 10 | 10 | от10 до20 | | 68 | Ранее у Вас выявлялась язва желудка или 12-п кишки? | да | нет | не всегда | не знаю | | 69 | Ранее Вам ставили диагоз"гастрит"? | да | нет | не всегда | не знаю | | 70 | Ранее у Вас была желтуха? | да | нет | не всегда | не знаю | | 71 | В детстве у Вас была "свинка"? | да | нет | не всегда | не знаю | | 72 | Краснуха ? | да | нет | не всегда | не знаю | | 73 | Корь? | да | нет | не всегда | не знаю | | 74 | Ветряная оспа? | да | нет | не всегда | не знаю | | 75 | Вы часто простужаетесь? | да | нет | не всегда | не знаю | | 76 | Вы кашляете 3 и более месяцев в году? | да | нет | не всегда | не знаю | | 77 | У Вас бывают приступы удушья? | да | нет | не всегда | не знаю | | 78 | У Вас легко возникает одышка? | да | нет | не всегда | не знаю | | 79 | У Вас бывают сердцебиения? | да | нет | не всегда | не знаю | | 80 | У Вас бывают боли в области сердца? | да | нет | не всегда | не знаю | | 81 | У Вас бывают боли в области сердца  связанные с физической нагрузкой? | да | нет | не всегда | не знаю | | 82 | С нервным напряжением? | да | нет | не всегда | не знаю | | 83 | У Вас были отеки лица? | да | нет | не всегда | не знаю | | 84 | У Вас были отеки ног? | да | нет | не всегда | не знаю | | 85 | Вас наблюдались головные боли? | да | нет | не всегда | не знаю | | 86 | У Вас отмечалось повышенное артериальное давление? | да | нет | не всегда | не знаю | | 87 | Давление повышается редко и незначительно? | да | нет | не всегда | не знаю | | 88 | Давление всегда выше нормы, бывает высоким (кризы)? | да | нет | не всегда | не знаю | | 89 | У Вас были рези при мочеиспускании? | да | нет | не всегда | не знаю | | 90 | У Вас были задержки при мочеиспускании? | да | нет | не всегда | не знаю | | 91 | У Вас были боли в поясничной области? | да | нет | не всегда | не знаю | | 92 | У Вас отмечались боли в суставах? | да | нет | не всегда | не знаю | | 93 | У Вас были периоды необъяснимой слабости? | да | нет | не всегда | не знаю | | 94 | У Вас были случаи беспричинного повышения температуры? | да | нет | не всегда | не знаю | | 95 | Вы часто принимаете лекарственные препараты? | да | нет | не всегда | не знаю | | 96 | Какие? |  |  |  |  | | 97 | Вы переносите все лекарственные препараты? | да | нет | не всегда | не знаю | | 98 | Имеется ли у Вас аллергические реакции? | да | нет | не всегда | не знаю | | 99 | Имеете ли вы заболевание щитовидной железы? | да | нет |  | не знаю | | 100 | Какое? |  |  |  | не знаю | | 101 | Имеется ли у Вас повышенный сахар крови (сахарный диабет)? | да | нет | не всегда | не знаю | | 102 | Сколько лет? | да | нет | не всегда | не знаю | | 103 | Находили ли у Вас камни в желчном пузыре? | да | нет | не всегда | не знаю | | 104 | Когда? (ГОД) |  |  |  | не знаю | | 105 | Вы переносили операции связанные с желчными камнями? | да | нет |  | не знаю | | 106 | В каком году? |  |  |  | не знаю | | 107 | Где? |  |  |  | не знаю | | 108 | Вы считаете, что операция принесла Вам облегчение? | да | нет |  | не знаю | | 109 | У Вас были травмы органов брюшной полости? | да | нет |  | не знаю | | 110 | Вы имеете инвалидность? | да | нет |  | не знаю | | 111 | Какую группу и по какому заболеванию? | да | нет |  | не знаю | | 112 | Имеет (имел) кто-либо из кровных родственников  заболевание поджелудочной железы? | да | нет |  | не знаю | | 113 | Кто, какое ? |  |  |  | не знаю | | 114 | Имеет (имел) кто-либо из кровных родственников сах. диабет? | да | нет |  | не знаю | | 115 | Кто? |  |  |  | не знаю | | 116 | Знали ли Вы о своем заболевании поджелудочной  железы («панкреатит»)? | да | нет |  | не знаю | | 117 | Знаете ли Вы о связи панкреатита с употреблением алкоголя? | да | нет |  | не знаю | | 118 | Знаете ли Вы о связи панкреатита с желчными камнями? | да | нет |  | не знаю | | 119 | Длительность Вашего заболевания составляет  (в месяцах или годах) |  |  |  | не знаю | | 120 | Как часто в году у Вас бывают приступы панкреатита? |  |  |  | не знаю | | 121 | Вы переносили операции на поджелудочной железе? | да | нет |  | не знаю | | 122 | Где? |  |  |  | не знаю | | 123 | Какие? |  |  |  | не знаю | | 124 | Вы отмечали улучшение? | да | нет | не всегда | не знаю | | 125 | С чем связываете настоящее ухудшение? | да | нет | не всегда | не знаю | | 126 | Вы проходили компьютерную томографию ранее? | да | нет |  | не знаю | | 127 | Вы проходили УЗИ? | да | нет |  | не знаю | | 128 | Вы перестали употреблять алкоголь в связи с  настоящим заболеванием? | да | нет | не всегда | не знаю | | 129 | Вы придерживаетесь диеты? | да | нет | не всегда | не знаю | | 130 | Вы изменили условия труда на более легкие в  связи с настоящей болезнью? | да | нет | не всегда | не знаю | | 131 | Вы оставили работу по причине панкреатита? | да | нет | не всегда | не знаю | | 132 | Вы имеете группу инвалидности в связи с панкреатитом ? | да | нет | не всегда | не знаю | | 133 | Как часто в году Вы лечились в больнице по поводу панкреатита? |  |  |  | не знаю | | 134 | Знаете ли Вы точный диагноз? | да | нет | не точно | не знаю | | 135 | Правильно ли ранее Вам был установлен диагноз? | да | нет | не всегда | не знаю | | 136 | Сколько лет назад? |  |  |  |  | | 137 | Вы лечились у терапевта? | да | нет | не всегда | не знаю | | 138 | Хирурга? | да | нет | не всегда | не знаю | | 139 | Приносило ли облегчение, назначенное врачом лечение? | да | нет | не всегда | не знаю | | 140 | Приносили ли облегчение операции, выполненные ранее? | да | нет | не всегда | не знаю | | 141 | Операции на поджелудочной железе были: | плановые | экстренн. | не знаю | год | | 142 | Настоящее самочувствие Вы оцените на  5 баллов | 4 балла | 3 балла | 2 балла | 1 балл | | 143 | Вы обратились в Областную больницу по направлению? | да | нет |  |  | | 144 | Вы обратились в Областную больницу самостоятельно? | да | нет |  |  | | 145 | Вы обратились в Областную больницу по рекомендации знакомых? | да | нет |  |  | | 146 | Знали ли Вы о возможности специализированного лечения   заболеваний поджелудочной железы в Областной больнице? | да | нет |  | не знаю | | 147 | Вы имеете финансовые проблемы с приобретением лекарств? | да | нет | не всегда | не знаю | | 148 | Вы имеете возможность получать дорогостоящее,  но эффективное лечение? | да | нет | не всегда | не знаю | | 149 | Вы хотели бы получать более качественную  медицинскую помощь? | да | нет | не всегда | не знаю | | 150 | Если будет вам предложена операция для уменьшения  боли Вы согласны? | да | нет |  | не знаю | | 151 | Оцените в баллах свою боль 1 2 3 4 | 5 | 6 | 7 8 | 9 10 |   Приложение 2.  Оригинальная анкета №2.   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **№** | **Вопрос** | **Ответ** |  |  |  | | 1. | Как Вы оцениваете состояние здоровья после оперативного лечения | Улучшилось, ухудшилось, осталось без изменений |  |  |  | | 2. | Имеются ли у Вас в настоящее время: | Боли, понос, запор, вздутие живота, рвота, необходимость соблюдать диету, необходимость принимать лекарственные препараты |  |  |  | | 3. | Ваш вес | Уменьшился, увеличился, не изменился |  |  |  | | 4. | Сколько времени было улучшение после операции |  |  |  |  | | 5. | Если есть ухудшения самочувствия, то с чем Вы его связываете |  |  |  |  | | 6. | Проводилось ли после выписки из больницы лечение (где, когда, сколько раз) в поликлинике, стационаре, какими лекарствами |  |  |  |  | | 7. | Производились ли операции в других больницах, в чем они состояли, их результат |  |  |  |  | | 8. | Выполняемая работа до операции:  После нее: |  |  |  |  | | 9. | Имеете ли Вы группу инвалидности по данному заболеванию | (да, нет)  Какую (первую, вторую, третью) |  |  |  | | 10. | Какие медикаменты применяете в настоящее время |  |  |  |  |   Приложение 3.  SF-36. Анкета оценки качества жизни  Этот опросник содержит вопросы, касающиеся Ваших взглядов на свое здоровье. Предоставленная Вами информация поможет следить за тем, как Вы себя чувствуете, и насколько хорошо справляетесь со своими обычными нагрузками. Ответьте на каждый вопрос, помечая выбранный вами ответ, как это указано. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее сего отражает Ваше мнение.  1. В целом вы бы оценили состояние Вашего здоровья как (обведите одну цифру):  Отличное…………….……..1  Очень хорошее…………….2  Хорошее………………...….3  Посредственное………..….4  Плохое……………………..5  2. Как бы вы оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад? (обведите одну цифру)  Значительно лучше, чем год назад……………1  Несколько лучше, чем год назад………………2  Примерно так же, как год назад……………….3  Несколько хуже, чем год назад………………..4  Гораздо хуже, чем год назад…………………..5  3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течении своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленныхниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени? (обведите одну цифру в каждой строке)   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **Вид физической активности** | **Да, значительно**  **ограничивает** | **Да, немного**  **ограничивает** | **Нет, совсем не**  **ограничивает** | | А | Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта | 1 | 2 | 3 | | Б | Умеренные физические нагрузки, такие как  передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды | 1 | 2 | 3 | | В | Поднять или нести сумку с продуктами | 1 | 2 | 3 | | Г | Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов | 1 | 2 | 3 | | Д | Подняться пешком по лестнице на один пролет | 1 | 2 | 3 | | Е | Наклониться, встать на колени, присесть на корточки | 1 | 2 | 3 | | Ж | Пройти расстояние более одного километра | 1 | 2 | 3 | | З | Пройти расстояние в несколько кварталов | 1 | 2 | 3 | | И | Пройти расстояние в один квартал | 1 | 2 | 3 | | К | Самостоятельно вымыться, одеться | 1 | 2 | 3 |   4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  | **Да** | **Нет** | | А | Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела | 1 | 2 | | Б | Выполнили меньше, чем хотели | 1 | 2 | | В | Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности | 1 | 2 | | Г | Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий) | 1 | 2 |   5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  | **Да** | **Нет** | | А | Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела | 1 | 2 | | Б | Выполнили меньше, чем хотели | 1 | 2 | | В | Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно | 1 | 2 |   6. Насколько Ваше физическое или эмоциональное состояние в течении последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе? (обведите одну цифру)  Совсем не мешало……….1  Немного…………………..2  Умеренно…………………3  Сильно……………………4  Очень сильно…………….5  7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели? (обведите одну цифру)  Совсем не испытывал(а)……………1  Очень слабую……………………….2  Слабую………………………………3  Умеренную………………………….4  Сильную…………………………….5  Очень сильную……………………...6  8. В какой степени боль в течении последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой, включая работу вне дома и по дому? (обведите одну цифру)  Совсем не мешала…………………1  Немного……………………………2  Умеренно….……………………….3  Сильно……………………………..4  Очень сильно………………………5  9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям. Как часто в течении последних 4 недель (обведите одну цифру в каждой строке):   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **Все**  **время** | **Большую**  **часть**  **времени** | **Часто** | **Иногда** | **Редко** | **Ни**  **разу** | | А | Вы чувствовали себя бодрым(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | Б | Вы сильно нервничали? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | В | Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным(ой), что  ничто не могло Вас взбодрить? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | Г | Вы чувствовали себя спокойным(ой) и  умиротворенным(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | Д | Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | Е | Вы чувствовали себя упавшим(ей) духом и  печальным(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | Ж | Вы чувствовали себя измученным(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | З | Вы чувствовали себя счастливым(ой)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | И | Вы чувствовали себя уставшим(ей)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |   10. Как часто в последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми? Например, навещать родственников, друзей и т.п. (обведите одну цифру)  Все время………………………….….1  Большую часть времени…….……….2  Иногда……………….………………..3  Редко………………………………….4  Ни разу………………………………..5  11. Насколько ВЕРНЫМ или НЕВЕРНЫМ представляется по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений? (обведите одну цифру в каждой строке)   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **Определенно**  **верно** | **В основном**  **верно** | **Не знаю** | **В основном**  **не верно** | **Определенно**  **неверно** | | А | Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | Б | Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | В | Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | Г | У меня отличное здоровье | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|  |