

DOI: 10.33454/1728-1261-2026-3-20-23

УДК 616.37-002-02:616.366-003.7-073.756.8

От холедохолитиаза до псевдокист поджелудочной железы: мини-инвазивные технологии в успешном устранении каскада осложнений

Т. Г. Дюжева^{1,2}, И. А. Семененко^{1,2}, А. А. Пашковская¹, П. А. Барбадо Мамедова¹,
А. Т. Мамедов², Л. Б. Мошхоева¹

¹ ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С. С. Юдина», Москва, Россия

² ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра госпитальной хирургии Института клинической медицины им. Н. В. Склифосовского, Москва, Россия

Резюме

Представлено клиническое наблюдение пациентки, страдающей желчнокаменной болезнью с последующим формированием осложнений: холедохолитиаза, механической желтухи, острого билиарного панкреатита, панкреонекроза, постнекротических псевдокист поджелудочной железы. Показаны причинно-следственные связи указанных осложнений и поэтапное их устранение в течение 2 месяцев с использованием современных диагностических (компьютерная томография с контрастным усилением) и лечебных технологий (эндоскопические транспапиллярные процедуры с применением внутрипротоковой электрогидравлической литотрипсии), а также трансмуральные вмешательства.

Ключевые слова: острый билиарный панкреатит, панкреонекроз, синдром разобщения панкреатического протока, псевдокиста, эндоскопическое транслюминальное дренирование, компьютерная томография

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Т. Г. Дюжева – ORCID: 0000-0003-0573-7573

И. А. Семененко – ORCID: 0000-0002-2246-431

А. А. Пашковская – ORCID: 0000-0001-6441-100X

П. А. Барбадо Мамедова – ORCID: 0000-0003-0548-7367

А. Т. Мамедов – ORCID: 0009-0002-3218-250X

Л. Б. Мошхоева – ORCID: 0009-0009-0191-1627

Для цитирования: Дюжева Т. Г., Семененко И. А., Пашковская А. А., Барбадо Мамедова П. А., Мамедов А. Т., Мошхоева Л. Б. От холедохолитиаза до псевдокист поджелудочной железы: мини-инвазивные технологии в успешном устранении каскада осложнений. *Здравоохранение Дальнего Востока*. 2026, 3: 20–23. DOI: 10.33454/1728-1261-2026-3-20-23

From Choledocholithiasis to Pancreatic Pseudocysts: Minimally Invasive Technologies in the Successful Elimination of a Cascade of Complications

T. G. Dyuzheva^{1,2}, I. A. Semenenko^{1,2}, A. A. Pashkovskaya¹, P. A. Barbado Mamedova¹,
A. T. Mamedov², L. B. Moshkhoeva¹

¹ S. S. Yudin City Clinical Hospital, Moscow, Russia

² I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Department of Hospital Surgery, N. V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine of the National Research Center for Gastroenterology, Moscow, Russia

Abstract

This article presents a clinical observation of a patient suffering from cholelithiasis with subsequent complications: choledocholithiasis, obstructive jaundice, acute biliary pancreatitis, pancreatic necrosis, and postnecrotic pancreatic pseudocysts. The article describes the cause-and-effect relationships of these complications and their step-by-step elimination over a two-month period using modern diagnostic (contrast-enhanced computed tomography) and therapeutic technologies (endoscopic transpapillary procedures with intraductal electrohydraulic lithotripsy), as well as transmural interventions.

Keywords: acute biliary pancreatitis, pancreatic necrosis, pancreatic duct disconnection syndrome, pseudocyst, endoscopic transluminal drainage, computed tomography

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

T. G. Dyuzheva – ORCID: 0000-0003-0573-7573

I. A. Semenenko – ORCID: 0000-0002-2246-431

A. A. Pashkovskaya – ORCID: 0000-0001-6441-100X

P. A. Barbado Mamedova – ORCID: 0000-0003-0548-7367

A. T. Mamedov – ORCID: 0009-0002-3218-250X

L. B. Moshkhoeva – ORCID: 0009-0009-0191-1627

To cite this article: Dyuzheva T. G., Semenenko I. A., Pashkovskaya A. A., Barbado Mamedova P. A., Mamedov A. T., Moshkhoeva L. B. From Cholelithiasis to Pancreatic Pseudocysts: Minimally Invasive Technologies in the Successful Elimination of a Cascade of Complications. Public Health of the Far East. 2026, 3: 20–23. DOI: 10.33454/1728-1261-2026-3-20-23

Введение

Известно, что холедохолитиаз приводит к ряду жизнеугрожающих осложнений, обусловленных не только холангитом и механической желтухой, но и острым билиарным панкреатитом/панкреонекрозом [1, 2]. Нарушение пассажа желчи и панкреатического сока по общему желчному и панкреатическому протокам является одним из основных механизмов формирования каскада последующих осложнений, а повреждение протока поджелудочной железы (ПЖ) в зоне некроза является фактором риска формирования постнекротических псевдокист, прогнозировать которые можно по 1-му типу конфигурации некроза ПЖ [3].

Реализация всех перечисленных проявлений не всегда бывает обязательной, поэтому представленное ниже клиническое наблюдение пациентки, прошедшей в течение двух месяцев последовательный путь от осложнений холедохолитиаза до повреждения протока ПЖ вследствие некроза и формирования симптомных псевдокист, а также использование мини-инвазивных технологий диагностики и лечения, может представлять интерес.

Клиническое наблюдение

Пациентка, 76 лет, поступила в хирургическое отделение ГБУЗ «ГКБ имени С. С. Юдина ДЗМ» в первые сутки болезни с жалобами на боли в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту, возникшую после погрешности в диете. Длительное время страдает калькулезным холециститом. При поступлении состояние средней тяжести. В сознании, склеры субиктеричны, ЧСС 100 ударов в минуту, частота дыхания 18

в минуту. Язык влажный, живот умеренно вздут, при пальпации отмечена болезненность в эпигастриальной области, симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание не нарушено, стул был, кал окрашен. Лабораторные показатели крови: лейкоциты – $21,97 \times 10^9/\text{л}$, общий билирубин – $28,7 \text{ ед/л}$ (прямой – $20,6$), активность α -амилазы – $5363,7 \text{ ед/л}$, АСТ – 424 Ме/л , АЛТ – 266 Ме/л , прокальцитонин – $0,47 \text{ нг/мл}$, С-реактивный белок – $19,2 \text{ мг/л}$. Данные УЗИ: печень не увеличена, структура однородная, желчный пузырь не увеличен, стенка 2 мм, в полости на фоне анэхогенного содержимого множественные конкременты, дающие акустическую тень, диаметр общего желчного протока 12 мм, просвет гомогенный, поджелудочная железа осмотрена фрагментарно, размеры головки – 38 мм, тела – 25 мм, контуры четкие, ровные, структура однородная, повышенной эхогенности, вирсунгов проток диаметром 3 мм, парапанкреатическая клетчатка инфильтрирована. Данные МСКТ при поступлении: печень не увеличена, однородной структуры, правый и левый долевые печеночные протоки 7 и 8 мм соответственно, общий желчный проток (ОЖП) расширен, 14 мм в диаметре, желчный пузырь не изменен, рентгеноконтрастных конкрементов не выявлено. Поджелудочная железа увеличена, с участками гипоперфузии в головке (10–15 мм), в теле и начальном отделе хвоста ($38 \times 19 \text{ мм}$), дистальный участок хвоста гомогенно накапливает контрастный препарат. Парапанкреатическая клетчатка с выраженными инфильтративными изменениями, жидкость в латеральных каналах (справа до 21 мм, слева до 15 мм) (рис. 1).

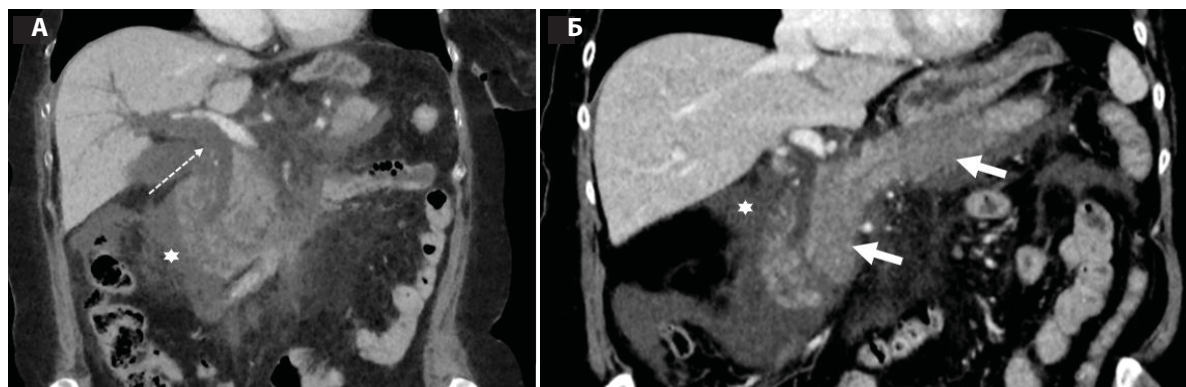


Рис. 1. КТ на 1-е сутки ОП, венозная фаза. Косокорональное изображение, MinIP (А), криволинейная реконструкция (Б). Визуализируется расширение ОЖП (пунктирная стрелка); зоны гипоперфузии в паренхиме железы (большие стрелки); парапанкреатит (звездочки)

Данные анамнеза, клинического и инструментального обследования свидетельствовали о наличии у пациентки острого билиарного панкреатита, возможно, обусловленного холедохолитиазом и блоком терминального отдела общего желчного протока.

На следующие сутки выполнено эндоскопическое исследование. При дуоденоскопии луковица двенадцатиперстной кишки не деформирована. Нисходящий отдел: медиальная стенка багрово-синюшного цвета, отечная, продольная складка не дифференцируется, из устья большого сосочка двенадцатиперстной кишки выступает конкремент. При манипуляции папиллотомом последний отошел в просвет кишки. Произведена селективная канюляция ОЖП, желчь взята на микробиологическое исследование. При холангиографии ОЖП расширен до 18 мм, в его просвете определяется конкремент до 16–17 мм. Проведена типичная папиллотомия, попытка литоэкстракции корзиной Dormia безуспешна. Выполнена прямая пероральная холангиоскопия системой SpyGass DS: видимая слизистая желчных путей белесая, в просвете ОЖП определяется конкремент желтого цвета, произведена внутрипротоковая

электрогидравлическая литотрипсия, фрагменты конкремента удалены. При контрольной холангиоскопии просвет ОЖП свободный. В его просвет установлен пластиковый стент 10 Fr 80 мм. Для проведения парентерального питания в начальный отдел тонкой кишки за связку Трейца установлен назоюнальный тонкий зонд.

МСКТ на третий день после эндоскопической литоэкстракции: выявлены две зоны глубокого некроза (головка-шейка, граница тело-хвост), жизнеспособная паренхима за некрозом – 1-й тип конфигурации некроза (рис. 2). После консервативной терапии на 7-е сутки выписана в удовлетворительном состоянии.

Поступила повторно через 17 дней после выписки с жалобами на боль в эпигастральной области опоясывающего характера. При МСКТ выявлены псевдокисты в головке (72 x 55 x 86 мм) и в теле (104 x 114 x 100 мм) ПЖ (рис. 3). Под контролем эндоскопической трансклюминальным доступом с промежутком в 6 дней сформированы цистогастроанастомоз и цистодуоденоанастомоз с использованием нитиноловых стентов типа LAMPS BCF-16-020-T140.

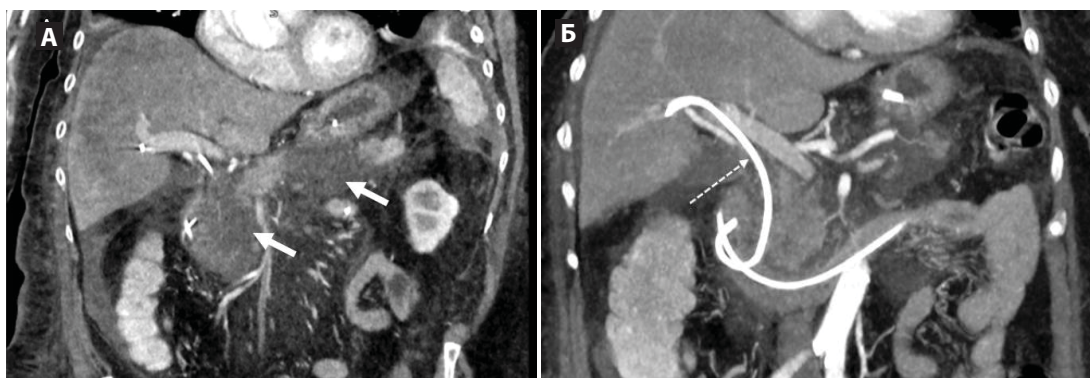


Рис. 2. КТ на 3-и сутки ОП, панкреатическая фаза. Криволинейная реконструкция (А), косокорональное изображение, МIP (Б). Представлены зоны глубокого некроза в головке и теле ПЖ (толстые стрелки), положение стента ОЖП (пунктирная стрелка)

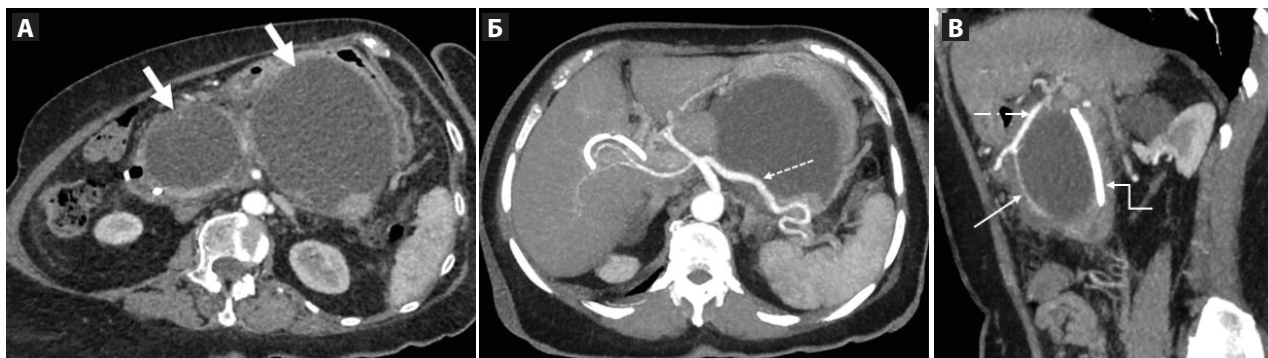


Рис. 3. КТ на 4-й неделе болезни. Криволинейная реконструкция (А), артериальная фаза. Постнекротические псевдокисты головки, тела и хвоста ПЖ (толстые стрелки). Аксиальное и кососагитальное изображения, МIP (Б, В), артериальная фаза. Селезеночная артерия (пунктирная стрелка) расположена в полости ПК на границе тела и хвоста ПЖ. Гастродуоденальная артерия (пунктирная с точкой стрелка), верхняя передняя панкреатодуоденальная артерия (тонкая стрелка) проходят по передней стенке ПК, расположенной в области головки и перешейка ПЖ. Паренхима железы оттеснена, с наличием стента в ОЖП (ломаная стрелка)

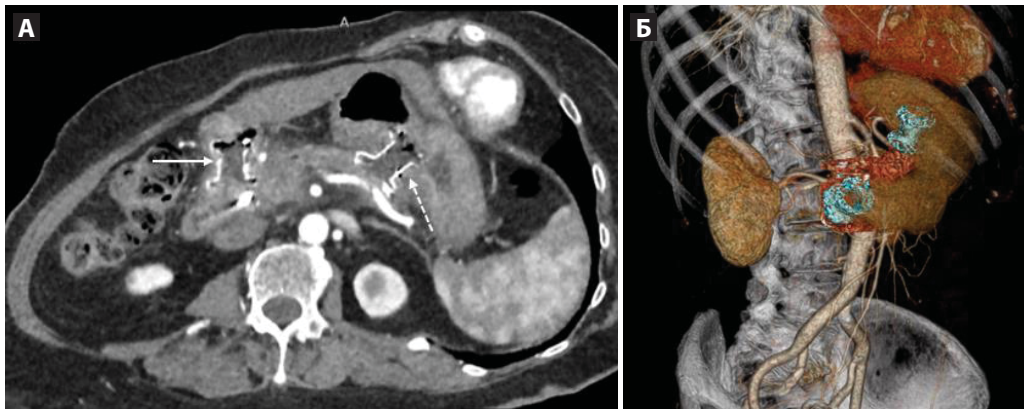


Рис. 4. КТ после формирования цистогastro- и цистодуоденоанастомозов с использованием нитиноловых стентов. Криволинейная (А) и 3D-реконструкция (Б), панкреатическая фаза. Цистогastroанастомоз (пунктирная стрелка) и цистодуоденоанастомоз (тонкая стрелка)

Послеоперационный период протекал без осложнений, болевой синдром купирован. По данным контрольной МСКТ через неделю отмечено значительное уменьшение обеих кист (рис. 4). Через 1,5 месяца пациентке в плановом порядке выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Через 4 месяца жалоб не предъявляет, по данным УЗИ и КТ псевдокисты не визуализируются, стенты (включая билиарный) удалены.

Заключение

Клиническое наблюдение является иллюстрацией современных представлений о патогенезе постнекротических псевдокист и тактике их лечения. Подтверждена роль холедохолитиаза в генезе ОП и связь глубокого некроза 1-го типа конфигурации с повреждением протока поджелудочной железы и формированием симптомных ПК. Источником панкреатического

сока являлась жизнеспособная паренхима тела и дистального отдела хвоста, расположенная дистальнее поврежденного протока.

Холедохолитиаз и желчная гипертензия устранены путем ЭПСТ, внутрипротоковой электрогидравлической литотрипсии, литоэкстракции и стентирования ОЖП. Наличие двух изолированных псевдокист (головка и тело-хвост ПЖ) определяло необходимость формирования цистогastro-цистодуоденоанастомозов с использованием LAMS-стентов [4].

Своевременное дренирование ПК предотвратило возможные геморрагические осложнения, связанные с повреждением сосудов, проходящих в просвете и по стенке псевдокист, агрессивным панкреатическим соком [5]. Для устранения рецидива холедохолитиаза произведена холецистэктомия.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Ширкунов А. П. Острый билиарный панкреатит: особенности течения, диагностика, лечение: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: специальность 3.1.9. – Хирургия / Ширкунов Александр Павлович; Первый Моск. гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова (Сеченовский ун-т). М., 2025. 24 с.
2. Shirkunov A. P. Acute biliary pancreatitis: features of the course, diagnosis, treatment: author's abstract. dis. for the candidate of medical sciences degree: specialty 3.1.9. – Surgery / Shirkunov Aleksandr Pavlovich; I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). Moscow, 2025. 24 p.
3. Isogai M. Pathophysiology of severe gallstone pancreatitis: a new paradigm // World J. of Gastroenterology. 2024. Vol. 30, № 7. P. 614–623. DOI 10.3748/wjg.v30.i7.614
3. Значение критериев глубины и конфигурации некроза поджелудочной железы при остром панкреатите в формировании осложненных псевдокист / Т. Г. Дюжева,

Д. А. Мудряк, И. А. Семенов и др. DOI 10.17238/2072-3180-2023-1-34-42 // Моск. хирург. журнал. 2023. № 1. С. 34–42.

The value of criteria for the depth and configuration of pancreatic necrosis in acute pancreatitis in the formation of complicated pseudocysts / T. G. Dyuzheva, D. L. Mudryak, I. A. Semenenko et al. DOI 10.17238/2072-3180-2023-1-34-42 // Moscow Surgical Journal. 2023. No. 1. P. 34–42.

4. Importance of Disconnected Pancreatic Duct Syndrome in Recurrence of Pancreatic Fluid Collections Initially Drained Using Lumen-Apposing Metal Stents / J. Y. Bang, J. P. Arnoletti, B. A. Holt et al. DOI 10.1016/j.cgh.2020.07.022 // Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2021. Vol. 19, № 6. P. 1275–1281.e2.

5. Hemorrhagic Cysts in the Pancreas: Risk Factors, Treatment, and Outcomes – Insights from a Single-Center Study / M. Serafin, P. Kluszczyk, S. Maślanka et al. DOI 10.12659/MSM.941955 // Med. Science Monitor. 2024. № 30. Art. e941955.