

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ**

**СОГЛАСОВАНО**

Главный внештатный  
специалист  
по хирургии и эндоскопии  
Департамента здравоохранения  
города Москвы, академик  
РАН, профессор

 А.В. Шабунин

«04» МАРТА 2025 г.

**РЕКОМЕНДОВАНО**

Экспертным советом по науке  
Департамента здравоохранения  
города Москвы № 3



«02» МАРТА 2025 г.

**ЛЕЧЕНИЕ СВИЩЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У  
ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ**

Методические рекомендации № 2.5

Москва 2025

**УДК: 632.95.025.2**

**ББК: 54.133**

**Л53**

**Организация-разработчик:** Городское бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н. В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы»

**Составители:** д-р мед. наук, проф. Рогаль М. Л., науч. сотр. Кузьмин А. М., д-р мед. наук, проф. Благовестнов Д. А., д-р мед. наук, проф. Ярцев П. А., вед. научн. сотр. д-р мед. наук Новиков С. В., д-р мед. наук проф. Иванов П. А., вед. научн. сотр. канд. мед. наук Джаграев К. Р., гл. научн. сотруд д. м. н. Гришин А. В., Водясов А. В., мл. научн. сотр. Нугуманова К. А., Байрамов Р. Ш., канд. мед. наук Тетерин Ю. С., ст. научн. сотр. канд. мед. наук Степан Е. В., канд. мед. наук мл. научн. сотр. Куприева М. В.

**Рецензент:** главный врач ГБУЗ «ГКБ им. Ф. И. Иноземцева ДЗМ», кандидат медицинских наук, врач высшей категории, Маркаров Арнольд Эдуардович.

Заведующий кафедрой хирургических болезней и клинической ангиологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук профессор Дибиров Магомед Дибирович.

Лечение свищей желудочно-кишечного тракта у пациентов с панкреонекрозом: методические рекомендации / составители: М. Л. Рогаль, А. М. Кузьмин, Д. А. Благовестнов [и др.]. – М.: ГБУЗ «НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ». – М., 2025. 28 с.

**Предназначение:** методические рекомендации посвящены проблемам диагностики и лечения осложнений панкреонекроза, содержат хирургические методики минимально инвазивного лечения панкреонекроза и его хирургических осложнений, адресованы врачам-хирургам, врачам-специалистам диагностики, эндоскопистам специализированных лечебных учреждений.

*Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения*

**ISBN:**

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2025

© ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», 2025

© Коллектив авторов, 2025

## СОДЕРЖАНИЕ

Нормативные ссылки	4
Обозначения и сокращения	5
Введение	6
Классификация свищей желудочно-кишечного тракта	8
Диагностика свищей желудочно-кишечного тракта	10
Ультразвуковое исследование	10
Фистулография	11
Мультиспиральная компьютерная томография	12
Эндоскопические исследования	13
Ретроперитонеумскопия	14
Хирургическое лечение свищей ЖКТ	15
Желудочные свищи	16
Дуоденальные и высокие тонкокишечные свищи	16
Низкие тонкокишечные свищи	20
Толстокишечные свищи	21
Заключение	23
Список использованных источников	25

## НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем документе использованы ссылки на следующие нормативные документы (стандарты):

- *Ревинвили А. Ш., Оловянный В. Е., Сажин В. П., с соавт. Хирургическая помощь в Российской Федерации. – М., 2023. – 186 с.*
- *Национальные клинические рекомендации по острому панкреатиту – 2020. Утверждены Минздравом РФ от 20.04.2021.*
- *Приказ Департамента здравоохранения города Москвы №150 от 21.02.23 «Об Инструкции по диагностике и лечению острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».*

## **ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ**

ВАК – вакуумно-аспирационный комплекс

ГПП – главный панкреатический проток

ДПК – 12-перстная кишка

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ЗК – забрюшинная клетчатка

МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография

ОЖС – острые жидкостные скопления

ОП – острый панкреатит

ПН – панкреонекроз

ППН – парапанкреатический некроз

ПЖ – поджелудочная железа

УЗИ – ультразвуковое исследование

УЗН – ультразвуковое наведение

ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия

## ВВЕДЕНИЕ

Диагностика и хирургическое лечение больных острым панкреатитом (ОП) являются одной из наиболее сложных и актуальных проблем современной абдоминальной хирургии. Это обусловлено, с одной стороны, ростом заболеваемости: в последние годы ОП вошел в тройку самых часто встречающихся болезней в структуре ургентных хирургических заболеваний органов брюшной полости и составляет до 24% среди госпитализированных пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости [13,14]. Хотя 10 лет назад ОП составлял 16–20% от всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства [1, 2, 5, 23]. Тяжелые формы панкреонекроза (ПН) развиваются у 15–20% больных [15, 7, 20, 21]. По-прежнему высокой остается летальность, которая достигает 30%, при этом основной причиной смертельных исходов в настоящее время являются гнойные осложнения, доля которых в структуре летальности достигает 85% [11]. За исключением случаев крайне тяжелого и молниеносного течения заболевания, когда существующие методы лечения неэффективны, основными причинами неблагоприятных исходов являются: несвоевременная госпитализация, несвоевременная диагностика, несвоевременное начало инфузионной терапии, недостаточный объем и несвоевременное оказание помощи.

Тяжесть и прогноз ОП чаще всего зависит от времени возникновения и продолжительности органной недостаточности, наличия и распространенности панкреатического и парапанкреатического некроза (ППН), а также присоединения гнойной инфекции. Но даже в случае своевременного обращения пациента за медицинской помощью, вовремя начатого лечения не представляется возможным однозначно оценить, до какой степени тяжести разовьется ОП, глубину и обратимость органных и

системных нарушений, по какому сценарию в забрюшинной клетчатке (ЗК) и в брюшной полости будет развиваться заболевание у каждого пациента.

При анализе последних тенденций в лечении ОП можно отметить несколько общих принципов:

- Превалирование интенсивной терапии, эфферентных методов и иммунотерапии над хирургическими методами с первых часов лечения.
- Смещение сроков хирургического вмешательства от начала заболевания. Хирургические методы переносятся на второй план, в более поздние сроки.
- Снижение травматичности хирургических вмешательств: лапаротомия/люмботомия => минидоступы => лапароскопия => чрескожные => транслюминарные

Показаниями к началу хирургического лечения являются:

- Отсутствие положительной динамики или стабилизации клинической картины в течение 72 часов от начала консервативного лечения при наличии острых жидкостных скоплений (ОЖС) в асептическую фазу
- Деструкция главного панкреатического протока (ГПП) с функционирующей тканью поджелудочной железы (ПЖ) дистальнее дефекта (в асептическую фазу)
- Инфицирование ОЖС в ЗК

В настоящий момент в хирургическом лечении ПН приоритетно используются минимально инвазивные технологии: чрескожные и транслюминальные дренирования под УЗ-наведением [8]. Несмотря на снижение травматичности хирургических доступов, такие осложнения, как свищи желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), продолжают сопровождать все этапы хирургического лечения инфицированного ПН и встречаются в 40% случаев, а летальность при их развитии достигает 80–85% [4,10].

При развитии свищей на фоне ПН действуют факторы взаимного отягощения, которые поддерживают септическое состояние пациента, значительно ухудшая прогноз и исход заболевания [12]. Эти закономерности

оказывают влияние на диapedтику у больных с ПН, осложненным свищами ЖКТ.

В основе развития свищей ЖКТ (желудок, 12-перстная, тонкая, толстая кишка) при некрозе лежат нарушения микроциркуляции со стороны стенки органа, повреждения при хирургических методах, при пролежнях трубкой. При некрозе стенки полого органа, вызванного нарушением микроциркуляции, микротромбозами, при вовлечении стенки в инфицированный некротический процесс, возможно возникновение перфорации стенки со вскрытием в полость забрюшинной деструкции или свободную брюшную полость [6].

При ОП чаще всего свищи возникают в ободочной кишке [23, 24]. Свищи других локализаций при ПН наблюдаются реже [3, 9, 16, 24]. Основной причиной образования свища считается прогрессирование некроза в ПЖ и парапанкреатической клетчатке с переходом его на прилежащие органы [17, 18, 19, 22]. Другим фактором развития свища ЖКТ могут быть дренажные трубки из жесткой резины, вызывающие пролежень стенки полого органа, а также тампоны, располагающиеся вблизи от стенки кишки. Такие факторы, как раннее удаление тампонов, несвоевременное и неадекватное дренирование гнойного очага, эвентрация и нагноение послеоперационной раны, могут способствовать образованию кишечного свища [6].

Составители настоящих методических рекомендаций, освещая разработанные в НИИ СП им. Н. В. Склифосовского хирургические методы, надеются, что эта работа принесет пользу практикующим хирургам и будет способствовать улучшению результатов лечения при оказании помощи больным ОП, осложненным свищами ЖКТ.

## КЛАССИФИКАЦИЯ СВИЩЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Существует множество классификаций свищей ЖКТ, основанных на причине образования, локализации и строении. В нашей работе мы использовали модифицированную классификацию Б. А. Вицина, предложенную в 1983 году. Таким образом, нами использовалась следующая классификация свищей ЖКТ:

1. По причине возникновения:
  - a. Воспалительные свищи (забрюшинные флегмоны)
  - b. Свищи при пролежнях от инородных тел
  - c. Свищи при повреждении кишки при первичном дренировании
2. По морфологии:
  - a. Трубочатые
  - b. Губовидные
  - c. Решетчатые
3. По локализации:
  - a. Желудок
  - b. Двенадцатиперстная кишка
  - c. Тонкая кишка
    - i. Тощая (высокие)
    - ii. Подвздошная (низкие)
  - d. Толстая кишка.
    - i. Слепая
    - ii. Восходящая
    - iii. Поперечно-ободочная
    - iv. Нисходящая
    - v. Сигмовидная
    - vi. Прямая
4. По осложнениям:
  - a. Осложненные (гнойные затеки, воспалительные процессы и др.)
  - b. Неосложненные

## ДИАГНОСТИКА СВИЩЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Для диагностики и выявления локализации свища ЖКТ используют следующие методы обследования пациентов:

- Лучевые методы:
  - ультразвуковое исследование (УЗИ);
  - фистулография;
  - мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ);
- Инструментальные методы:
  - эндоскопические исследования (эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), колоноскопия);
  - ретроперитонеоскопия.

### ***Ультразвуковое исследование.***

Основным неинвазивным инструментальным методом исследования является УЗИ, которое выполняется всем пациентам для оценки зоны деструкции забрюшинной клетчатки, зоны жидкостных скоплений, их отношения к стенке полого органа, однако визуализировать свищ удается крайне редко (рис. 1). Исследование выполняется в динамике у каждого больного с целью контроля эффективности лечения, для исключения не дренируемых жидкостных зон.

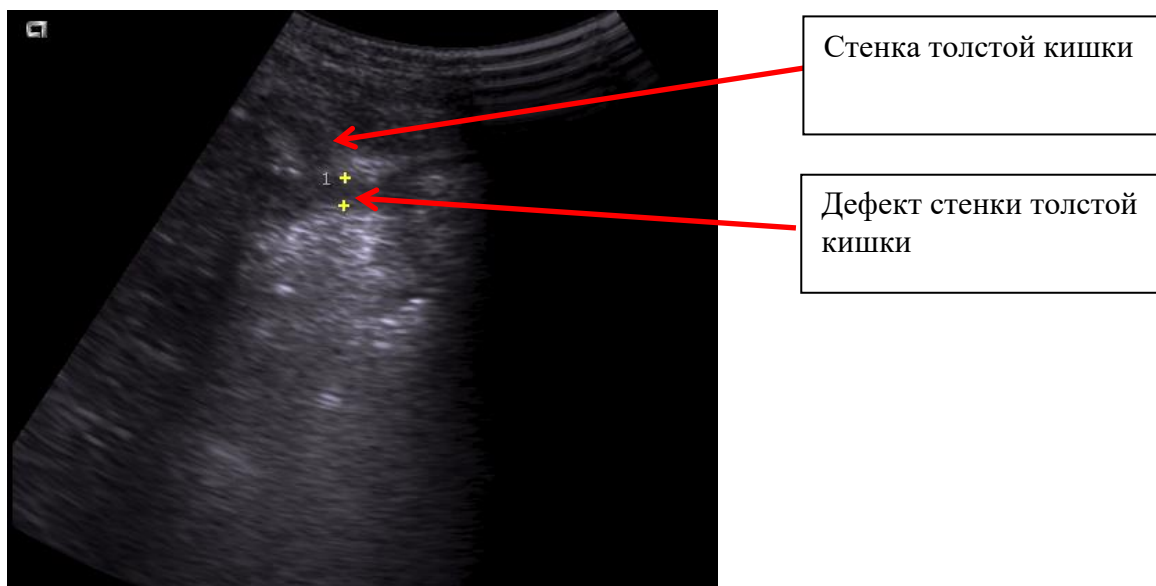


Рисунок 1 – Эхограмма с визуализацией дефекта стенки толстой кишки

### **Фистулография**

Фистулография, как обязательное исследование, выполняется всем больным с момента первичного дренирования зон деструкции, затем на всех этапах хирургического лечения интраоперационно и между операциями. По фистулограммам определяют топографо-анатомическую локализацию, размер и форму свища, устанавливают наличие промежуточной полости и оценивают ее размеры в динамике в процессе лечения (рис. 2, 3).

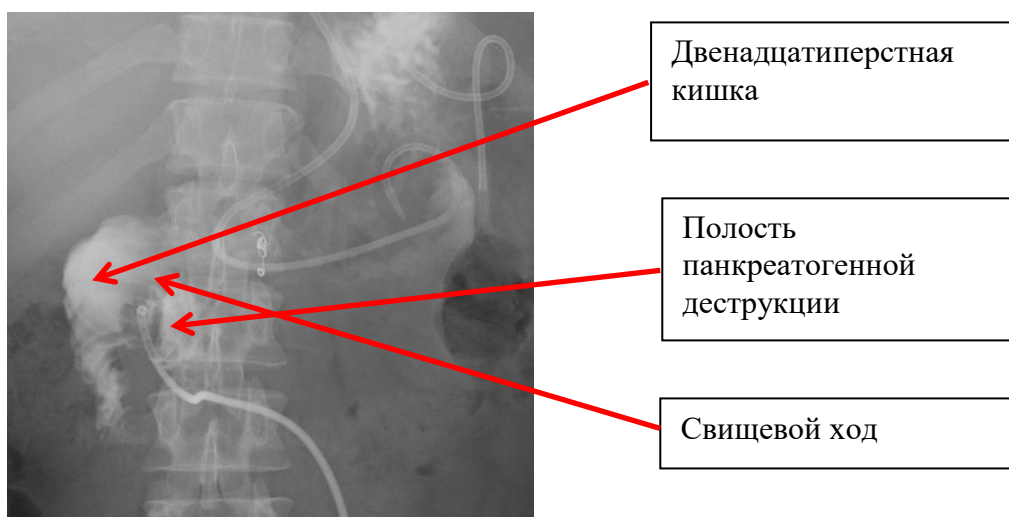
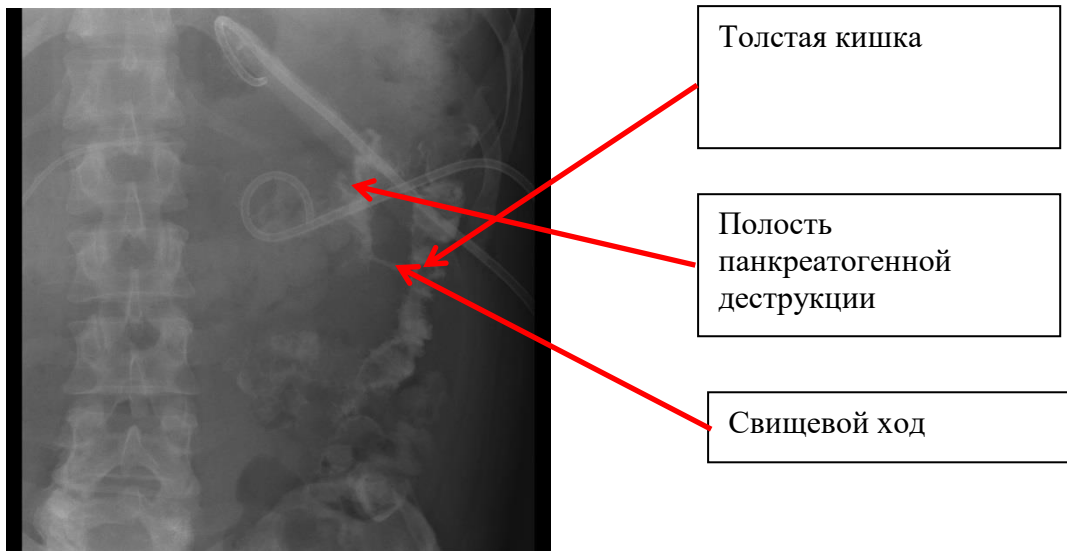


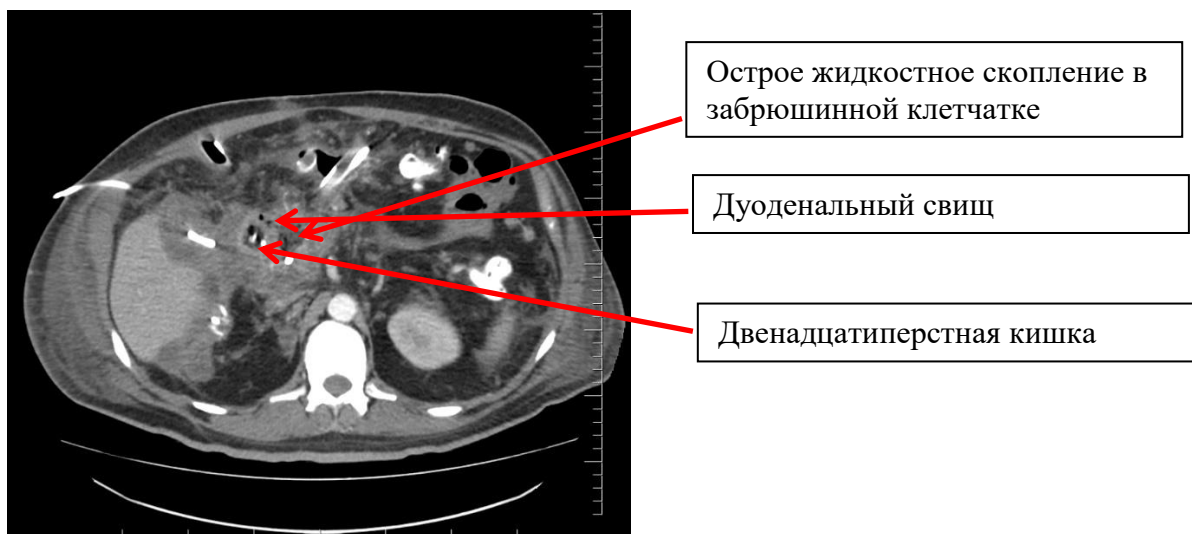
Рисунок 2 – Фистулограмма свища двенадцатиперстной кишки



*Рисунок 3 – Фистулограмма свища нисходящего отдела толстой кишки*

### ***Мультиспиральная компьютерная томография***

МСКТ с внутривенным контрастированием выполняется всем пациентам на разных этапах хирургического лечения с целью оценки паренхимы ПЖ, выявления и оценки ОЖС, а также зон деструкции в ЗК, определения их топографо-анатомического расположения и отношения к стенке полого органа. Применение МСКТ позволяет определить тактику лечения наружных свищей, а также оценить риски их развития (рис. 4, 5).



*Рисунок 4 – МСКТ с болюсным контрастированием. Аксиальная проекция. Наружный свищ двенадцатиперстной кишки*

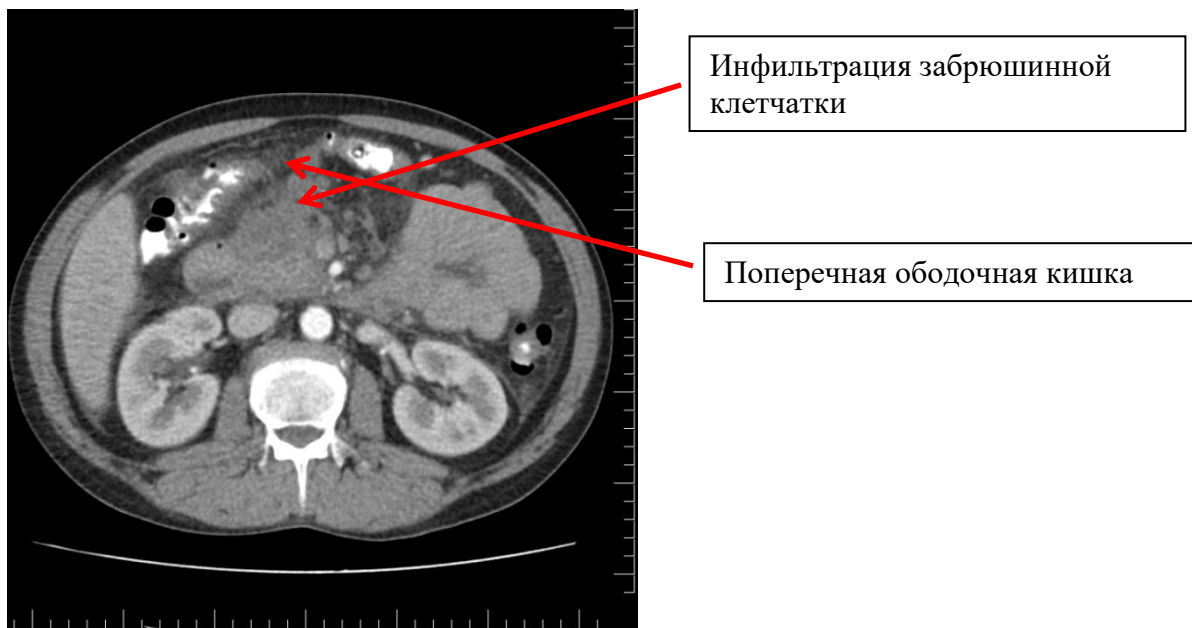
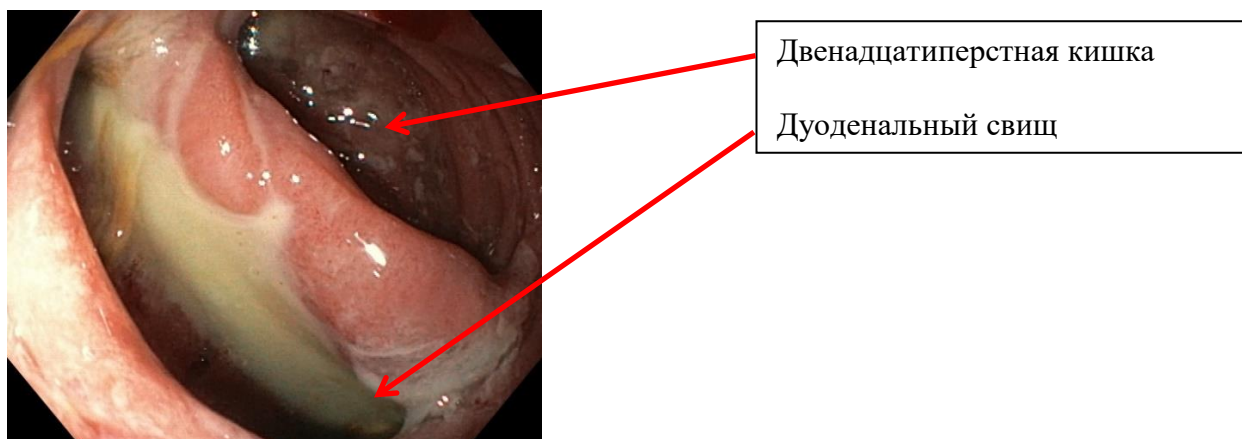


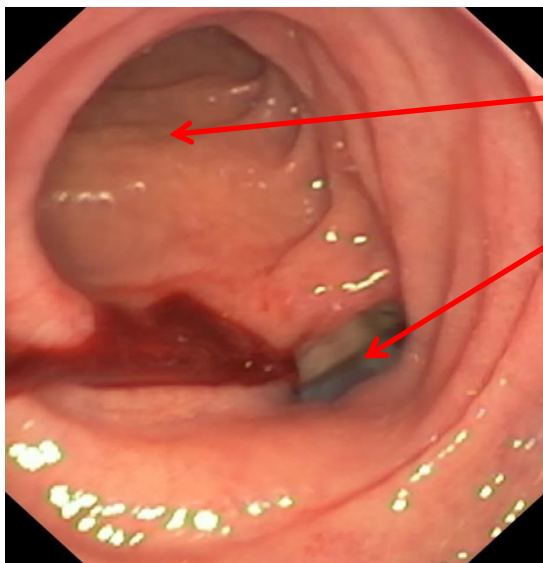
Рисунок 5 – МСКТ с болюсным контрастированием. Аксиальная проекция. Инфильтрация забрюшинной клетчатки, включающая стенку толстой кишки

### ***Эндоскопические исследования (ЭГДС, колоноскопия)***

Эндоскопия выполняется пациентам, у которых по дренажам поступало кишечное/желудочное отделяемое. При эндоскопии оценивается состояние слизистой оболочки полого органа, наличие деформации его стенки за счет оттеснения извне, оценки расположения устья свища, его размеров и количества, а также возможность стентирования участка кишки, несущей свищ (рис. 6, 7).



*Рисунок 6 – Дуоденальный свищ при ЭГДС*



Ободочная кишка

Свищ ободочной кишки

*Рисунок 7 – Толстокишечный свищ при колоноскопии*

Как правило, эндоскопия является начальным моментом выполнения эндоскопического стентирования.

### ***Ретроперитонеоскопия***

Ретроперитонеоскопия выполняется с диагностической и лечебной целью пациентам с сформированными доступами в полость панкреатогенной деструкции и свищу ЖКТ со стороны забрюшинной клетчатки. При ретроперитонеоскопии оценивали состояние полостей панкреатогенной деструкции, наличие в ней секвестров, их фиксацию к тканям, а также выявляли недренируемые зоны деструкции. При выявлении свищевого хода со стенкой полого органа, оценивается его размер и локализация. Также при помощи ретроперитонеоскопии выполняется установка дренажных трубок в труднодоступные зоны (рис. 8).



Рисунок 8 – Забрюшинная клетчатка при ретроперитонеоскопии

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СВИЩЕЙ ЖЕЛУДОЧНОКИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Хирургическое лечение пациентов с ПН до выявления свища ЖКТ начинается с чрескожной минимально инвазивной или транслюминальной методики. Преимуществами чрескожной минимально инвазивной методики над открытыми хирургическими методами являются:

- минимальная травматичность;
- сохранение изолированности естественных анатомических зон;
- отсутствуют ограничения по количеству и диаметру дренажных трубок, устанавливаемых во все зоны деструкции;
- отсутствуют ограничения для адекватного удаления секвестров любого размера.

Чрескожная минимально инвазивная методика включает в себя следующие обязательные этапы:

1. Чрескожное дренирование инфицированных ОЖС под УЗ-контролем (трубки 3–5 мм).

2. Последовательно возрастающая замена дренажных трубок на крупнокалиберные (10–20 мм) под рентген-контролем в очагах секвестрации.
3. Вакуумно-промывная секвестрэктомия через трубки большого диаметра.
4. Чресфистульная эндоскопическая ретроперитонеоскопия с секвестрэктомией.
5. Обратная, последовательно уменьшающаяся, замена дренажных трубок большого диаметра на тонкие по завершении санации, под рентген-контролем.
6. Удаление всех дренажных трубок и полное заживление остаточных полостей, каналов.

На любом из этих этапов хирургического лечения могут развиваться осложнения в виде наружных свищей ЖКТ. В случае их выявления лечение продолжали в зависимости от их локализации.

#### *Желудочные свищи.*

Чаще выявляются только при рентгеновской фистулографии. По мере очищения и облитерации полостей закрываются самостоятельно, без активных хирургических мероприятий.

#### *Дуоденальные и высокие тонкокишечные свищи.*

Свищи ДПК и начальных отделов тонкой кишки лечатся по представленному на рисунке 9 алгоритму.

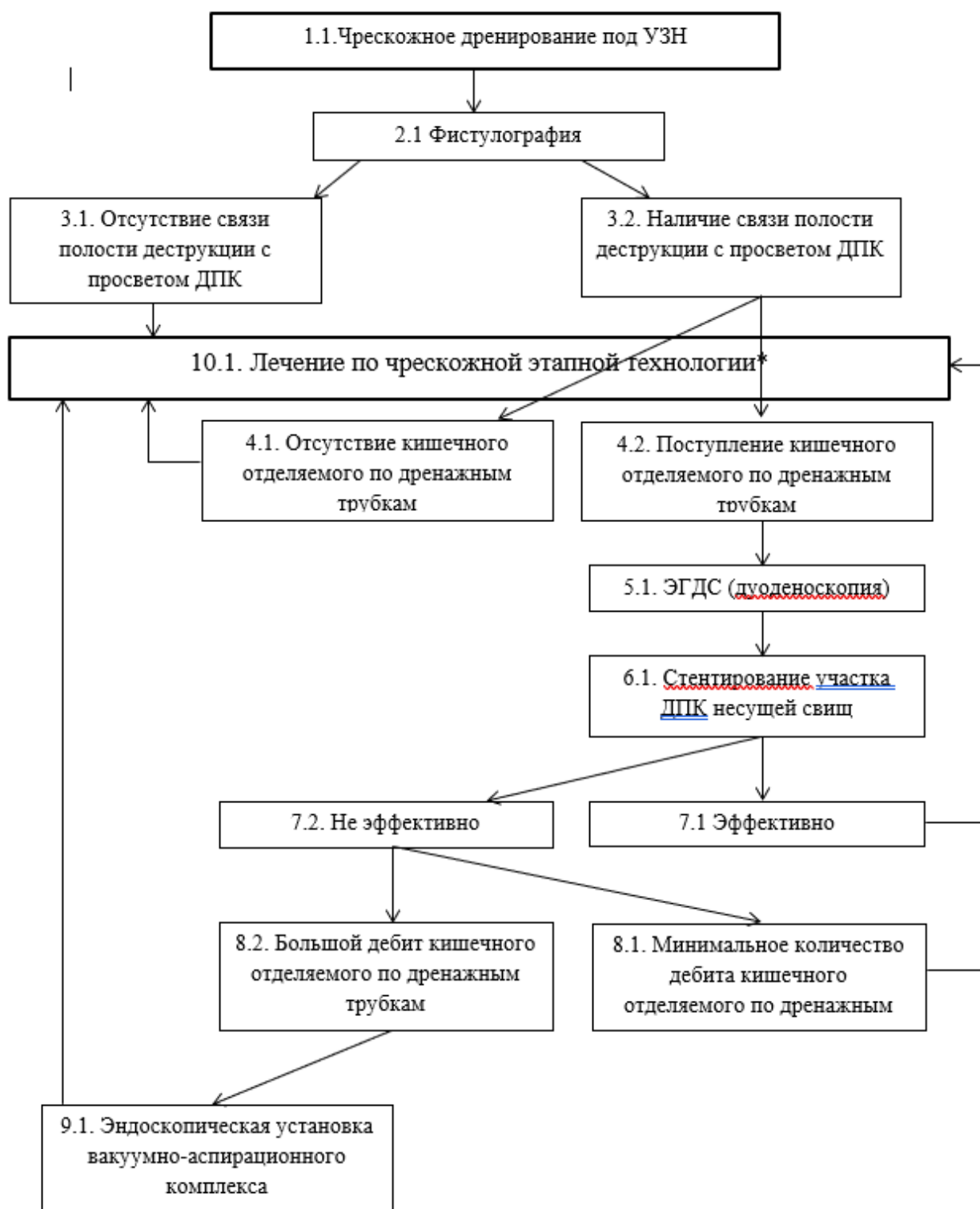


Рисунок 9. Алгоритм лечения дуоденальных свищей

Как видно из алгоритма, первым этапом после первичного дренирования мелкокалиберными дренажами под УЗ-наведением полостей панкреатогенной деструкции является выполнение фистулографии (позиция в алгоритме 2.1.). Результатом фистулографии может быть контрастирование свища ДПК и

начальных отделов тонкой кишки (3.2.) или отсутствие контрастирования свища (3.1.).

В случае контрастирования свища следует контролировать отделяемое по дренажам. При отсутствии поступления кишечного отделяемого (4.1.) лечение проводится по разработанной чрескожной минимально инвазивной технологии (10.1.). При поступлении кишечного отделяемого по дренажным трубкам (4.2.) выполняется ЭГДС (5.1.) с целью оценки уровня свища. Далее выполняется эндоскопическое стентирование участка ДПК, несущей свищ (6.1.).

При эффективности стентирования (7.1.) лечение продолжается по разработанной чрескожной технологии (10.1.). При неэффективности стентирования (7.2.) в виде дислокации кишечного стента и продолжения поступления кишечного отделяемого по дренажным трубкам, оценивается дебит кишечного отделяемого. В случае минимального дебита (до 100 мл в сутки) кишечного отделяемого по дренажным трубкам (8.1.) лечение продолжается по чрескожной технологии (10.1.). При большом дебите (более 100 мл в сутки) кишечного отделяемого (8.2.), нарастании интоксикации пациенту выполняется установка вакуумно-аспирационного комплекса (ВАК). ВАК представляет из себя цилиндрическую губчатую систему, применяемую в лечении раневых инфекций. Система формируется на жестком желудочном зонде с фиксацией лигатурой в дистальном и проксимальных концах губки (рис.10).



*Рисунок 10. Цилиндрическая губчатая система, фиксированная на желудочном зонде*

Первым этапом при эндоскопическом исследовании устанавливается нипельный назоинтестинальный зонд за связку Трейца (рис. 11).



*Рисунок 11. Назоинтестинальный зонд, заведенный за связку Трейца*

Через канал эндоскопа выполняется заведение жесткого проводника дистальнее БДС, максимально близко к свищевому отверстию (рис. 12).



*Рисунок 12. Через канал эндоскопа заведен проводник за область свища*

Далее под контролем эндоскопа по проводнику заводится собранная система и подключается к вакуумному аспиратору, создающему постоянное разрежение 100–150 мм вод. ст. (рис. 13).



*Рисунок 13. Окончательный вид системы*

Этапные плановые замены эндоскопической ВАК проводятся каждые 3–4 дня.

Далее лечение продолжается по принятой чрескожной технологии (10.1.)

#### *Низкие тонкокишечные свищи.*

Низкие тонкокишечные свищи встречаются крайне редко. Обычно возникают в случае дефекта в париетальной брюшине и проникновения петли тонкой кишки через дефект в ЗК. В таком случае выполняется резекция данного участка тонкой кишки лапаротомным или лапароскопическим доступом.

### Толстокишечные свищи.

Толстокишечные свищи лечили по алгоритму, представленному на рисунке 14.

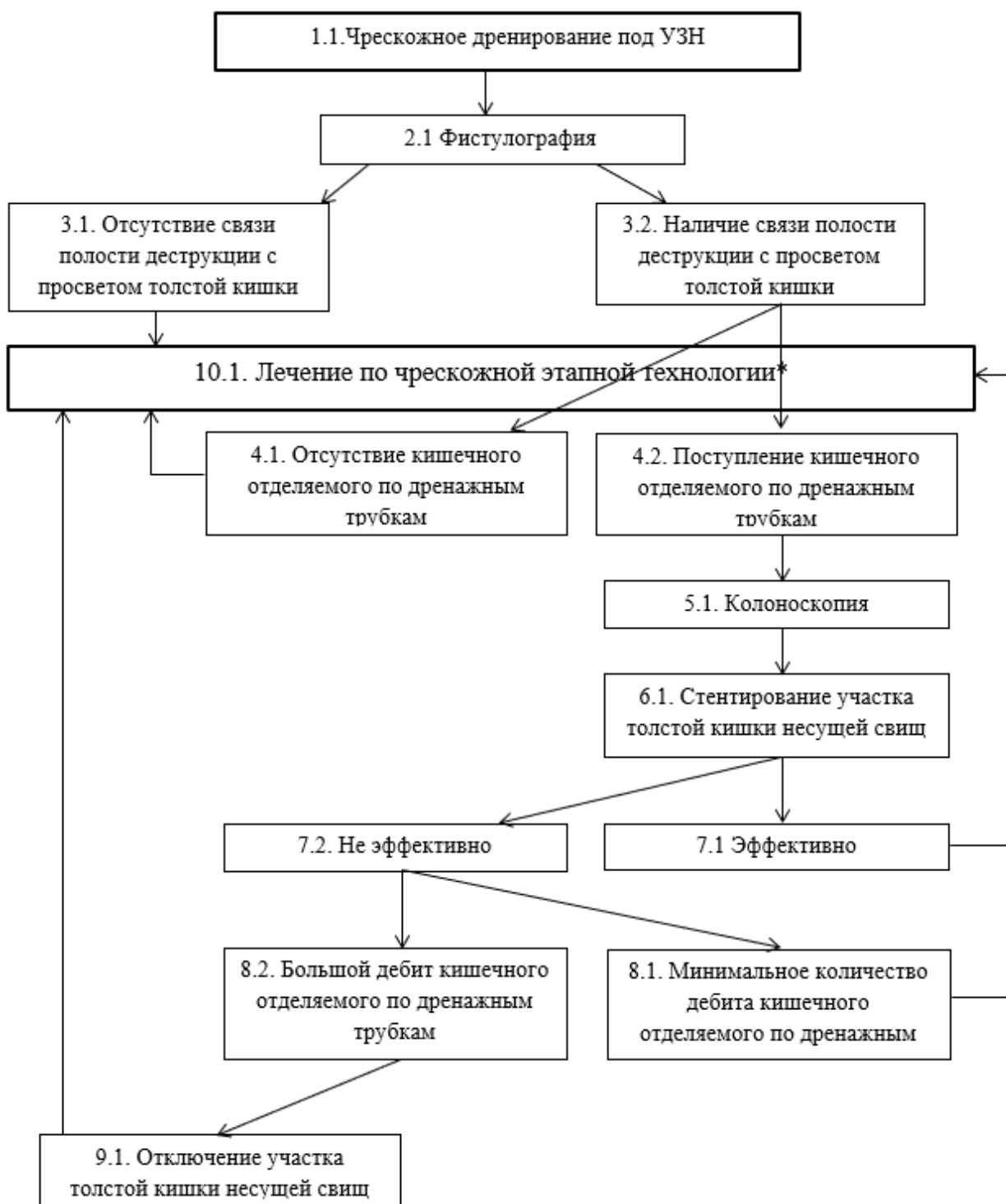


Рисунок 14 – Алгоритм лечения толстокишечных свищей

Как видно из алгоритма, первым этапом после первичного дренирования мелкокалиберными дренажами под УЗИ-наведением полостей панкреатогенной деструкции является выполнение фистулографии (позиция в алгоритме 2.1.).

Результатом фистулографии может быть контрастирование свища толстой кишки (3.2.) или отсутствие контрастирования свища (3.1.).

В случае контрастирования свища толстой кишки следует контролировать отделяемое по дренажам. При отсутствии поступления кишечного отделяемого (4.1.) лечение проводится по разработанной технологии (10.1.), включающей этапы увеличения диаметра дренажных трубок, многократное ежедневное фракционное промывания дренажных трубок, вакуумную и инструментальную секвестрэктомию, дальнейшее уменьшение диаметра дренажных трубок, удаление их и заживление полостей панкреатогенной деструкции (10.1.). При поступлении кишечного отделяемого по дренажным трубкам (4.2.) выполняется колоноскопия (5.1.) с целью оценки уровня свища. Далее выполняется эндоскопическое стентирование участка толстой кишки, несущей свищ (6.1.).

При эффективности стентирования (7.1.) лечение продолжается по разработанной чрескожной технологии (10.1.). При неэффективности стентирования (7.2.) в виде дислокации кишечного стента и продолжения поступления кишечного отделяемого по дренажным трубкам оценивается дебит кишечного отделяемого. В случае минимального дебита (до 100 мл в сутки) кишечного отделяемого по дренажным трубкам (8.1.) лечение продолжается по чрескожной технологии (10.1.). При большом дебите (более 100 мл в сутки) кишечного отделяемого (8.2.), нарастании интоксикации пациенту выполняется отключение участка толстой кишки, несущей свищ (9.1.), путем формирования илео- или трансверзостом. Далее лечение продолжается по принятой чрескожной технологии (10.1.).

Таким образом, предложенные алгоритмы позволяют оптимизировать процесс диагностики и получить исчерпывающие сведения для выбора рациональной лечебной тактики.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наружные свищи ЖКТ, по данным литературы, встречаются у 8,5% всех оперированных пациентов с ПН. Из них в 17% развиваются наружные толстокишечные свищи, дуоденальные свищи встречаются у 5–16% больных с панкреонекрозом, высокие свищи тонкой кишки – у 17%, а свищи другой локализации – у 1,1–5,1% больных. Наружные свищи ЖКТ создают серьезные проблемы, которые обусловлены факторами взаимного отягощения, способствуют развитию полиорганной недостаточности на фоне нарастающей интоксикации вследствие распространенной забрюшинной флегмоны, что поддерживает септическое состояние пациента, значительно ухудшая прогноз и исход заболевания. Указанные обстоятельства являются одной из распространенных причин, ограничивающих трудоспособность и снижающих качество жизни больного, а в ряде случаев служат причиной потери трудоспособности вплоть до летального исхода. Летальность при этом достигает 80%.

Вопросам диагностики и лечения наружных свищей ЖКТ посвящено большое количество отечественных и зарубежных исследований, авторы которых часто придерживаются противоположных мнений относительно оптимальных путей решения проблемы. Тактика лечения свищей при ОП разработана недостаточно. Есть сторонники как выжидательного подхода и консервативного ведения больных, так и оперативного лечения. Остается спорным вопрос о возможности самостоятельного закрытия свища толстой кишки при ПН.

Причиной образования наружного свища ЖКТ у пациентов с ПН являлись:

1. Гнойное расплавление (некроз) стенки кишки в 78,0% случаях.
2. Пролежень дренажной трубкой – в 14,6%.

3. Повреждения стенки кишки при чрескожном дренировании – в 7,4% случаев.

По нашим данным, причина образования наружного свища ЖКТ у пациентов с панкреонекрозом не влияет на тактику и результаты лечения.

Для диагностики, определения локализации наружного свища ЖКТ и определения тактики лечения выполняли ультразвуковое исследование, рентгеноконтрастную фистулографию, мультиспиральную компьютерную томографию, эндоскопические исследования (ЭГДС, колоноскопию).

Применение минимально инвазивных методов, таких как чрескожная и эндоскопическая технологии, позволило достичь закрытия свищей толстой кишки у 92,7% пациентов, а также снизило летальность до 9,7%.

Разработанная нами методика показала эффективность в лечении наружных толстокишечных свищей у пациентов с острым тяжелым панкреатитом и позволила снизить летальность.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство: краткое издание / под ред. И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 912 с
2. Александров Д. А. Пути оптимизации хирургического лечения больных различными формами панкреонекроза: дис. ... д-ра мед. наук / Александров Денис Анатольевич. – Саратов, 2004. – 296 с.
3. Белоконев В. И. Клинические варианты свищей желудочно-кишечного тракта и их лечение / В. И. Белоконев, Е. П. Измайлов // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2000. – № 12. – С. 8-11.
4. Благовестнов Д. А. Комплексная диагностика и лечение острого панкреатита: специальность 14.00.27: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Благовестнов Дмитрий Алексеевич. – Москва, 2006. – 46 с. – EDN NIXSXJ
5. Гуликян Г. Н. Острый панкреатит в хирургической патологии в современной медицине / Г. Н. Гуликян // Московский хирургический журнал. – 2022. – № 2. – С. 20-27.
6. Данилов М. В. Наружные желудочно-кишечные свищи как осложнение острого панкреатита / М. В. Данилов, В. А. Вишневский, К. К. Калтаев // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 1972. – № 3. – С. 122-123.
7. Диагностика и лечение острого панкреатита / А. С. Ермолов, П. А. Иванов, Д. А. Благовестнов [и др.]. – Москва: Видар, 2013. – 382 с.
8. Дюжева Т. Г., Джус Е. В., Шефер А. В., Ахаладзе Г. Г., Чевокин А. Ю., Котовский А. Е. и др. Конфигурация некроза поджелудочной железы и дифференцированное лечение острого панкреатита. Анналы хирургической гепатологии. 2013;18(1):92-102

9. Карипиди Г. К. Несформированные кишечные свищи / Г. К. Карипиди // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 1983. – № 7. – С. 54-57.
10. Катасонов М. В. Способы диагностики и лечения свищей желудочно-кишечного тракта при панкреонекрозе: автореферат ... дис. канд. мед. наук / Катасонов Михаил Вячеславович. – Самара, 2007. – 24 с.
11. Минимально инвазивное лечение гнойно-некротических осложнений деструктивного панкреатита / О. В. Мороз, Ю. А. Степанова, Ю. В. Кулезнёва, В. А. Кубышкин // Медицинская визуализация. – 2014. – № 4. – С. 32-41.
12. Наружные и внутренние свищи в хирургической клинике / под ред. Э. Н. Ванцяна. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: Медицина, 1990. – 222 с.
13. Острый панкреатит. Клинические рекомендации / А. Ш. Ревешвили, В. А. Кубышкин, И. И. Затевахин [и др.]. – Москва, 2020. – 38 с.
14. Ревешвили А. Ш., Оловянный В. Е., Сажин В. П., с соавт. Хирургическая помощь в Российской Федерации. – М., 2023. – 186 с.;
15. 50 лекций по хирургии / под ред. В. С. Савельева. – Москва: Медиа Медика, 2003. – 406 с.
16. A Case series of late gastrointestinal fistulization in 16 patients with walled-off necrosis / S. S. Rana, R. Sharma, L. Dhalaria [et al.] // Dig. Dis. Sci. – 2022. – Vol. 67, № 2. – P. 661-666.
17. Doberneck R. C. Intestinal fistulae complicating necrotizing pancreatitis / R. C. Doberneck // Am. J. Surg. – 1989. – Vol. 158, № 6. – P. 581-584.
18. Endoscopic clipping of colocutaneous fistula following necrotizing pancreatitis: case report / P. Familiari, A. Marci, P. Consolo [et al.] // Dig. Liver Dis. – 2003. – Vol. 35, № 12. – P. 907-910.
19. Jagielski M. Endoscopic treatment of walled-off pancreatic necrosis complicated with pancreaticocolonic fistula / M. Jagielski, M. Smoczyński, K. Adrych // Surg. Endosc. – 2018. – Vol. 32, № 3. – P. 1572-1580.

20. Johnson C. D. Pancreatic Disease. Progress and Prospects / C. D. Johnson, C. W. Imrie. – London: Springer, 1991. – 380 p.
21. The continuum of complications in survivors of necrotizing pancreatitis / T. K. Maatman, A. M. Roch, E. P. Ceppa [et al.] // Surgery. – 2020. – Vol. 168, № 6. – P. 1032-1040.
22. Management of enterocutaneous fistulas: 30-year clinical experience / J. Li, J. Ren, W. Zhu [et al.] // Chin. Med. J. – 2003. – Vol. 116, № 2. – P. 171–175.
23. Valverde-López F. Acute pancreatitis / F. Valverde-López, J. G. Martínez-Cara, E. Redondo-Cerezo // Med. Clin. (Barc). – 2022. – Vol. 158, № 11. – P. 556-563.
24. Warshaw A. L. Gastrocutaneous fistulas associated with pancreatic abscesses. An aggressive entity / A. L. Warshaw, A. C. Moncure, D. W. Rattner // Ann. Surg. – 1989. – Vol. 210, № 5. – P. 603-607.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Минимально инвазивное хирургическое лечение острого тяжелого панкреатита. Монография / сост. С. В. Новиков, М. Л. Рогаль. – М.: Издательство ИКАР, 2024. – 300 с.: ил.
2. Руководство по неотложной медицине. Опыт НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского: в 3-х т. / под ред. С. С. Петрикова. – Москва: ИКАР, 2023. – Т. 1. – 1120 с.: ил.; Т. 2 – 1164 с.: ил.; Т. 3. – 1200 с: ил. -085-3.
3. Новиков С. В. Минимально инвазивное комплексное этапное хирургическое лечение острого тяжелого панкреатита: специальность 3.1.9 – Хирургия: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Новиков Сергей Валентинович. – Москва, 2023. – 48 с.
4. Лечение несформированного свища двенадцатиперстной кишки эндоскопическим вакуумно-аспирационным комплексом (клиническое наблюдение) / А. М. Кузьмин, М. А. Гасанов, Р. Ш. Байрамов, Т. А. Байрамова, С. В. Новиков, П. А. Ярцев, М. Л. Рогаль, А. В. Водясов, Д. С. Скукин, М.

ВКуприева // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2024. – № 2. – С. 41–50.