

А.В. ВОРОБЕЙ¹, А.А. ЛИТВИН², В.М. ХОХА³

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА (АТЛАНТА, 1992) – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ПЕРЕСМОТРЕ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»¹,

УЗ «Гомельская областная клиническая больница»²,

УЗ «Мозырская городская больница»³,

Республика Беларусь

В обзорной статье описаны современные тенденции в пересмотре классификации острого панкреатита (Атланта, 1992). Анализируются все разделы третьего пересмотра классификации, проведённого международной рабочей группой. Ревизованная классификация острого панкреатита сопоставляется с определениями 1992 года (Атланта), а также классификацией, используемой в отечественной панкреатологии. Отмечаются достоинства и недостатки ревизованной международной классификации острого панкреатита.

Ключевые слова: острый панкреатит, классификация, Атланта

The literature review presents modern tendencies in revision of the acute pancreatitis classification (Atlanta, 1992). All sections of the third revision of the acute pancreatitis classification by International Working Group are subjected to analysis. The revisited classification of the acute pancreatitis is compared with the definitions of 1992 (Atlanta) as well as with the domestic classification. The advantages and disadvantages of the revisited classification of the acute pancreatitis are discussed.

Keywords: acute pancreatitis, classification, Atlanta

В течение последних десятилетий появился ряд классификаций острого панкреатита (ОП), предложенных различными симпозиумами и конгрессами (Марсель, 1963, 1984, Кембридж, 1984, Марсель – Рим, 1988) [1, 2, 3, 4]. По общему признанию, началом современного этапа в панкреатологии является международный симпозиум по острому панкреатиту, проведённый 11–13 сентября 1992 г. в Атланте (США), где была разработана клинически обоснованная классификационная система ОП и принципы его лечения. В итоге, 17 лет назад в результате соглашения 40 ведущих панкреатологов мира к использованию в клинике была рекомендована классификация, основанная на выделении внутрибрюшных и системных осложнений ОП с учётом особенностей развития воспалительного, деструктивного процесса в поджелудочной железе, степени тяжести заболевания [4, 5]. На конференции в Атланте

были предложены определения острого панкреатита, его тяжести, органной недостаточности и местных осложнений: острое жидкостное скопление, панкреонекроз, псевдокиста и абсцесс поджелудочной железы. В данной классификации была впервые проведена попытка привнесения однородности в определение клинической тяжести и различных осложнений острого панкреатита [6, 7].

На рабочей встрече в Атланте (США) в мае 2001 г. были подведены итоги почти десятилетнего опыта работы по данной проблеме. Членами рабочей группы вновь пересмотрены классификационные принципы и рекомендации по лечению ОП с определением степеней доказательности для каждой из рекомендаций. На Международном конгрессе гастроэнтерологов в Бангкоке в 2002 г. [8] в рекомендации были внесены соответствующие поправки и дополнения, и документ в окончательной ре-

дакции рекомендован для внесения в рабочие протоколы на период до 2007 г., до их пересмотра на очередном конгрессе.

В настоящее время, по инициативе M.G. Sarr (США), создана международная рабочая группа по третьему пересмотру классификации ОП (Acute Pancreatitis Classification Working Group). В эту группу входят представители большинства Европейских стран, США, Канады в виде национальных панкреатологических обществ и ассоциаций. Авторы этой статьи являются членами Международной ассоциации панкреатологов (МАП) и Европейского панкреатологического клуба (ЕПК), принимали участие в последних международных конференциях этих обществ – Лодзь (Польша, 2008), Сегед (Венгрия, 2009). На этих конференциях обсуждались вопросы пересмотра международной классификации ОП (Атланта, 1992). Поэтому мы посчитали возможным познакомить читателей с современными тенденциями в ревизии и унификации классификации ОП. Учитывая, что в отечественной панкреатологии существуют свои устоявшиеся классификационные определения острого панкреатита, мы попытаемся провести критический анализ современных тенденций в пересмотре международной классификации ОП, принятой в Атланте в 1992 году.

Итак, на сегодняшний день международная классификация ОП, принятая в Атланте в 1992 году – это единственная классификация ОП, широко применяемая врачами различных специальностей всего мира [7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. Однако в последние годы, в связи с накоплением знаний по патофизиологии ОП и появлением новых методов обследования, ряд авторов выявили недостатки в классификации, принятой в Атланте [16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23]. Последние литературные данные на эту тему демонстрируют то, что некоторые термины, не рекомендованные

в Атланте, например «флегмона» (phlegmon), «инфицированная псевдокиста» (infected pseudocyst), «геморрагический панкреатит» (hemorrhagic pancreatitis) широко используются практическими врачами. Кроме того, за последние годы появились новые термины, такие, как «организованный панкреатический некроз» (organized pancreatic necrosis), «некрома» (necroma), «ограниченный панкреонекроз» (walled-off necrosis) и т.д. [7, 24, 25, 26].

Общие подходы в пересмотре международной классификации ОП рабочей группой остались прежними – оптимальная классификация должна отвечать следующим критериям: 1) позволять определять прогноз любому пациенту на основании тяжести патологического процесса (критерий прогностической ценности); 2) облегчать определение адекватной индивидуальной терапии, исходя из прогноза (критерий лечебной ценности); 3) может применяться на практике в клинике без необходимости дополнительного обеспечения диагностической аппаратурой или специалистами (критерий клинической практичности); 4) позволять различным врачам на основе максимально объективных параметров одинаково определять степень тяжести заболевания (критерий межиндивидуальной воспроизводимости) [27].

Предложенная на конференции в Атланте, США (1992) классификация базируется на пяти критериях [6]: 1) клиническое развитие; 2) морфологическая картина воспалительного процесса; 3) этиологический фактор; 4) лабораторные параметры с их прогностической оценкой; 5) распространённость патологического процесса по данным компьютерной томографии. В таблице 1 приведена международная классификация острого панкреатита (Атланта, 1992) [4].

Клинические критерии острого панк-

Таблица 1

Международная классификация острого панкреатита (Атланта, 1992) [4]

Классификационная единица	Характеристика	Клинические особенности	Особенности патоморфологии
Панкреатит тяжёлой степени (severe acute pancreatitis)	Полиорганные нарушения и/или осложнения: панкреонекроз, абсцесс, псевдокиста	Шок, дыхательная, почечная, метаболическая, кишечная недостаточность, коагулопатия	Панкреонекроз, крайне редко – интерстициальный панкреатит
Панкреатит лёгкой степени тяжести (mild acute pancreatitis)	Минимальные проявления дисфункции органов	Быстрый, положительный эффект при проведении инфузионной терапии	Интерстициальный отек поджелудочной железы (ПЖ). Реже – микроскопический некроз
Острые жидкостные образования (ОЖО) (acute fluid collections)	ОЖО формируются в ПЖ или около ПЖ в ранние сроки заболевания и не ограничены стенкой из грануляционной и фиброзной ткани	ОЖО характерны для тяжёлых форм у 30–50% больных. Более, чем у 50% больных спонтанно регрессируют. Верифицируются данными УЗИ и КТ	Не содержит стенки. Возможно присутствие бактерий. Сроки развития – менее 4 недель от начала заболевания
Панкреонекроз: стерильный (СП) инфицированный (ИП) (sterile and infected pancreatic necrosis)	Локальные или диффузные участки нежизнеспособной ткани ПЖ в сочетании с перипанкреатическим некрозом	При динамической контрастной КТ выявляют неконтрастируемые зоны ПЖ, превышающие более, чем 30% ПЖ или более 3 см. При этом перипанкреатические некрозы трудны для верификации	Жировые некрозы могут расплавляться и отличаться от псевдокист наличием плотного, вязкого содержимого без ферментов; в отличие от абсцесса отсутствуют бактерии
Острый псевдокиста (acute pseudocyst)	Ограниченное грануляционной или фиброзной стенкой, скопление панкреатического сока	Типичные УЗ и КТ-признаки	Наличие стенки. Как правило, содержимое кисты стерильно
Панкреатический абсцесс (ПА) (pancreatic abscess)	Внутрибрюшинное ограниченное скопление гноя около ПЖ, содержащее минимальное или вовсе не содержащее зон некроза, которые являются следствием острого панкреатита или травмы ПЖ	Формируется на 4-й неделе от начала заболевания при клинической картине прогрессирующей реакции системной воспалительной реакции	ПА формируется как следствие ограниченного некроза с последующим его расплавлением и инфицированием. Этим ПА отличается от ИП

реатита, записанные в резолюции симпозиума в Атланте (1992), следующие: обычно быстрое начало, боль в животе, сочетающаяся с болезненностью при пальпации, вплоть до симптомов раздражения брюшины, часто сопровождается рвотой, повышенной температурой, тахикардией, лейкоцитозом, повышением уровней панкреатических ферментов в крови и моче. По морфологическим критериям для лёгкой (нетяжёлой) формы ОП характерны перипанкреатические жировые некрозы и интерстициальный отёк, отсутствие некрозов ткани железы. Для тяжёлой формы присущи обширные пери- и интрапанкреатический жировой некроз, некрозы паренхимы и геморрагии, локализованные или диффузные, перипанкреатическая флегмона, инфицированные некрозы, образование псевдокист и абсцессов [4].

По мнению ведущих панкреатологов, важными аспектами, которые должны быть отражены в ревизованной международной классификации ОП, являются следующие: 1) оценка клинической тяжести острого панкреатита с возможным выделением не двух (интерстициальный – лёгкий (mild),

некротический – тяжёлый ОП (severe), а трех форм (выделение средней формы тяжести ОП (moderate acute pancreatitis); 2) более точное применение терминов в отношении перипанкреатических скоплений, содержащих жидкость и/или солидные массы, с преобладанием некроза поджелудочной железы или перипанкреатической клетчатки; 3) определение различий между «изолированным перипанкреатическим некрозом» и «ограниченным некрозом ПЖ»; 4) признание того, что на ранней стадии болезни отсутствует корреляция между клинической тяжестью болезни и морфологическими изменениями в поджелудочной железе, перипанкреатической клетчатке [28]. Кроме того, общепринятым является выделение двух различных пиков летальности, один на ранней стадии болезни (в течение первой – второй недели) и другой, спустя 2–6 недель от начала болезни, которые отражает две различные клинические фазы ОП. Двухфазовое разделение ОП также не нашло отражения в международной классификации ОП (Атланта, 1992) [28].

В таблице 2 приведено сравнение

Таблица 2

Острый панкреатит – сравнение классификационных схем

Классификация ОП – Атланта, 1992	Классификация ОП – международная рабочая группа, 2009
Интерстициальный панкреатит (interstitial pancreatitis)	Интерстициальный (отечный) панкреатит (interstitial edematous pancreatitis)
Стерильный панкреонекроз (sterile necrosis)	Некротический (некротизирующий) панкреатит (necrotizing pancreatitis)
Инфицированный панкреонекроз (infected necrosis)	Панкреонекроз с перипанкреатическим некрозом (pancreatic necrosis with peripancreatic necrosis)
	- стерильный
	- инфицированный
	Изолированный панкреонекроз (некроз паренхимы поджелудочной железы) (pancreatic necrosis alone)
	- стерильный
	- инфицированный
	Изолированный перипанкреатический некроз (некроз перипанкреатической клетчатки) (peripancreatic necrosis alone)
	- стерильный
	- инфицированный

классификационных схем ОП Атланты (1992) и международной рабочей группы (2009) [28].

В материалах рабочей группы по пересмотру международной классификации ОП (Атланта, 1992) уточнены прежние и указаны новые концепции течения и патофизиологии ОП [28]. В настоящее время счи-

тается, что ОП имеет две фазы: ранняя (в течение 1–2 недели) и вторая фаза (позднее 1–2 недель). В первую фазу тяжесть заболевания определяется органной недостаточностью, сохраняющейся более 2 дней («персистирующая» органная недостаточность). Органная недостаточность является следствием системного воспалительно-

Таблица 2

Острый панкреатит – сравнение классификационных схем (продолжение)

<u>Классификация ОП – Атланта, 1992</u>	<u>Классификация ОП - международная рабочая группа, 2009</u>
<u>(<4 недель от начала заболевания)</u>	<u>(<4 недель от начала заболевания)</u>
Острое жидкостное скопление (acute fluid collection)*	Острое перипанкреатическое жидкостное скопление (acute peripancreatic fluid collection) - стерильное - инфицированное Острое постнекротическое скопление (acute post-necrotic collection) Панкреонекроз с перипанкреатическим некрозом (pancreatic necrosis with peripancreatic necrosis) - стерильный - инфицированный Изолированный панкреонекроз (некроз паренхимы поджелудочной железы) (pancreatic necrosis alone) - стерильный - инфицированный Изолированный перипанкреатический некроз (некроз перипанкреатической клетчатки) (peripancreatic necrosis alone) - стерильный - инфицированный
<u>(>4 недель от начала заболевания)</u>	<u>(>4 недель от начала заболевания)</u>
Панкреатическая псевдокиста (pancreatic pseudocyst)	Панкреатическая псевдокиста (pancreatic pseudocyst) - стерильный - инфицированный
Панкреатический абсцесс (pancreatic abscess)	Ограниченный панкреонекроз (walled-off necrosis (WON))** Панкреонекроз с перипанкреатическим некрозом (pancreatic necrosis with peripancreatic necrosis) - стерильный - инфицированный Изолированный панкреонекроз (некроз паренхимы поджелудочной железы) (pancreatic necrosis alone) - стерильный - инфицированный Изолированный перипанкреатический некроз (некроз перипанкреатической клетчатки) (peripancreatic necrosis alone) - стерильный - инфицированный

Примечание. *Острые жидкостные скопления обычно имеют повышенную активность амилазы/липазы

**Могут не иметь повышенную активность амилазы/липазы

го ответа на некроз тканей и не обязательно соответствует распространённости некротического процесса. Как правило, в этой фазе отсутствуют местные или системные инфекционные осложнения ОП. Во вторую фазу тяжесть состояния обусловлена персистирующей органной недостаточностью в связи с осложнениями панкреатита, которые развиваются в паренхиме железы или перипанкреатических тканях. Во вторую фазу заболевание или разрешается (отёчный панкреатит без некроза), или прогрессирует и переходит в длительный (несколько недель или месяцев) некротизирующий процесс – некротизирующий панкреатит (necrotizing pancreatitis) [28].

С точки зрения международной рабочей группы, при двухфазовом течении ОП оптимальными являются «ранняя» клиническая и «поздняя» морфологическая классификации. Ранняя клиническая и поздняя морфологическая классификации не обязательно должны коррелировать одна с другой. Клиническая классификация должна использоваться в первой фазе заболевания (первая-вторая неделя от начала ОП). Морфологическую классификацию в дополнение к клиническим проявлениям ОП рекомендуется использовать во второй фазе ОП (обычно позднее первой-второй недели заболевания) [28].

Клиническая классификация (1–2 неделя от начала ОП)

1. Определение острого панкреатита. Клиническое определение острого панкреатита, при наличии или отсутствии хронического панкреатита, требует одновременного присутствия двух из трёх признаков: 1) боли в животе, характерные для острого панкреатита (острый приступ персистирующей боли в эпигастрии часто с иррадиацией в спину); 2) уровень амилазы крови и/или липазы не менее, чем в 3 раза превышает норму; 3) изменения, характерные

для острого панкреатита на УЗИ или КТ с контрастированием.

2. Определение начала заболевания. Началом ОП является время возникновения абдоминальной боли (не время поступления в стационар). Временной промежуток между началом появления болей в животе и поступлением в стационар должен отмечаться в медицинской документации точно.

3. Определение тяжести острого панкреатита. Определение тяжести ОП также базируется на выделении двух фаз заболевания – ранней и поздней. В третьем пересмотре классификации ОП сохраняется выделение двух степеней тяжести – легкий, не тяжелый ОП (mild) и тяжелый ОП (severe).

По рекомендациям международной рабочей группы, определение тяжести ОП в первые две недели заболевания должно основываться в большей степени на клинических, чем на морфологических параметрах. Тяжелый острый панкреатит диагностируется при наличии персистирующей органной недостаточности, сохраняющейся больше 48 часов, несмотря на интенсивную терапию заболевания или при наступлении смерти пациента.

Морфологическая классификация (после второй недели от начала заболевания)

Во вторую фазу болезни, тяжесть определяется по наличию персистирующей органной недостаточности в связи с развитием осложнений ОП, в первую очередь, инфекционных. В этой фазе рекомендуется морфологический подход к классификации ОП, основывающийся, в первую очередь, на данных КТ [29]. В настоящее время международной рабочей группой предлагается протокол (алгоритм) морфологической и КТ диагностики ОП. Критериями тяжелого острого панкреатита являются

ся наличие некроза и/или инфекции у пациентов с ОП. Международной рабочей группой рекомендуется градация по наличию некроза панкреатической паренхимы

с или без перипанкреатического некроза или с изолированным перипанкреатическим некрозом без некроза паренхимы ПЖ (таблица 3 и 4).

Таблица 3

Морфологические критерии острого панкреатита (1-2 неделя заболевания)

Классификация	Некроз	Инфекция
Интерстициальный (отечный) панкреатит	нет	нет
Панкреонекроз в сочетании с перипанкреатическим некрозом		
- стерильный	да	нет
- инфицированный	да	да
Некроз паренхимы поджелудочной железы		
- стерильный	да	нет
- инфицированный	да	да
Перипанкреатический некроз (изолированный)		
- стерильный	да	нет
- инфицированный	да	да

Таблица 4

Классификация острого панкреатита, основанная на КТ данных (1–2 неделя заболевания)

КТ критерии	Локализация и распространенность некроза	
Некроз паренхимы поджелудочной железы	есть	<30%
	нет	30-50%
	неизвестно	>50%
Перипанкреатический некроз	есть	1. Распространенность
	нет	2. Локализация
	неизвестно	
Панкреатическое/ перипанкреатическое острое жидкостное скопление	есть	1. Локализация:
	нет	- интрапанкреатическая
	неизвестно	- перипанкреатическая
Экстрапанкреатические данные		2. Характеристика жидкости:
		- гомогенная
		- негомогенная
		3. Наличие хорошо выраженных стенок
		4. Наличие газа и уровня жидкости в области некроза
		1. Холецистит
		2. Холедохолит
		3. Расширение внепеченочных желчных протоков
		4. Тромбоз портальной вены
		5. Варикозно-расширенные вены пищевода и желудка
		6. Артериальная псевдоаневризма
		7. Гидроторакс
		8. Асцит
		9. Распространение воспаления на желудок, 12-перстную кишку, ободочную кишку, почки
		10. Некроз стенки ободочной кишки
		11. Признаки хронического панкреатита

Международная рабочая группа по пересмотру классификации ОП (Атланта, 1992) считает принципиальными следующие подходы к диагностике и классификационным принципам ОП [28].

1. КТ с контрастированием в настоящее время – лучший метод визуализации ОП. МРТ может заменить КТ в специализированных центрах, обладающих опытом применения этого исследования. Если имеются характерные боли в животе, а уровень амилазы/липазы менее, чем в 3 раза превышает норму, для подтверждения диагноза ОП необходимы данные КТ с контрастированием, УЗИ или МРТ. Если диагноз острого панкреатита основан на абдоминальной боли и повышенном уровне амилазы/липазы, но отсутствуют признаки тяжёлой формы заболевания, КТ с контрастированием может быть не обязательным методом обследования пациента.

2. В первую неделю заболевания пациенты должны временно классифицироваться как имеющие тяжёлую форму ОП при наличии синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) в течение более чем 48 часов или при развитии органной недостаточности. ССВО может быть установлен при наличии 2 и более критериев системной воспалительной реакции. В первую фазу заболевания острый панкреатит определяется как тяжёлый по развитию персистирующей органной недостаточности (сохраняющейся более 48 часов) и/или смерти пациента. Лёгкая (mild) форма острого панкреатита в первой фазе заболевания определяется по отсутствию органной недостаточности или её продолжительность не превышает 48 часов.

3. Следующие параметры обязательно должны учитываться у пациентов с острым панкреатитом: сопутствующая патология, возраст, индекс массы тела, гематокрит, APACHE II, шкалы тяжести ОП, уровень СРБ. В клинической практике могут ис-

пользоваться также другие критерии и маркёры ОП: КТ индекс тяжести, концентрация трипсинагена активирующего пептида в моче (trypsinogen activating peptide), уровни ЛДГ, прокальцитонина, амилоид протеина А, САРАР-В, IL-6 и другие маркеры острой фазы повреждения.

4. Уровни активности амилазы и липазы являются важными для диагностики острого панкреатита, однако они клинически не значимы для определения тяжести острого панкреатита.

5. Индивидуальные особенности течения заболевания не всегда позволяют правильно и своевременно выявлять наличие персистирующей органной недостаточности или некроза ПЖ. Тем не менее, лучше ошибаться в худшую сторону и лечить пациентов как имеющих тяжёлую форму ОП.

6. Органная недостаточность считается персистирующей, если признаки недостаточности (одной и более) органов систем у пациента зафиксированы хотя бы раз в течение двух последовательных дней.

7. Для установления явлений органной недостаточности достаточно оценить три системы: респираторную, сердечно-сосудистую и мочевыделительную. Международная рабочая группа рекомендует использование шкалы Маршалла – MODS [30].

Международная классификация ОП (Атланта, 1992) не получила ещё повсеместного распространения в странах СНГ. Опрос хирургических школ Российской Федерации, проведённый В.С. Савельевым и соавт., в 2000 г. [31] показал, что рекомендации авторитетного Международного симпозиума были проигнорированы почти половиной опрошенных хирургов. Только 53% респондентов применяют её в повседневной клинической практике. Среди хирургов, придерживающихся иных классификаций, большинство (63%) используют хорошо себя зарекомендовавшую классификацию В.С. Савельева и соавт., (1983)

[32], а 6% опрошенных – классификацию С.А. Шалимова и соавт., (1990) [33]. Достаточно неожиданно было выяснено, что 12% респондентов не придерживаются общепринятых классификаций [31].

В отечественной хирургии разделение на «стерильный» и «инфицированный» панкреонекроз ещё не является общепринятым. По-видимому, это объясняется трудностями дифференциальной диагностики этих принципиально отличающихся по тактике лечения форм ОП. Отечественными хирургами чаще используется термин гнойный панкреатит. В классификации международной рабочей группы несколько сменился акцент в интерпретации панкреатической инфекции, более чётко стали выделяться формы инфекции, развивающиеся на фоне ОП, и инфекции, специфичные для данной болезни. Ранее большинство учёных объединяли в одну группу все инфекционные осложнения, развивающиеся при ОП. Формами панкреатической инфекции на сегодняшний день считаются инфицированный панкреонекроз, инфицированная киста и панкреатический абсцесс [34].

Инфицированный панкреонекроз (ИП) является наиболее ранней по срокам возникновения формой панкреатической инфекции. ИП характеризуется размножением и проникновением микроорганизмов в некротизированные участки тканей, окружающих поджелудочную железу, которые часто обнаруживаются в забрюшинном пространстве при наиболее тяжёлом течении ОП. ИП имеет тенденцию к непредсказуемо широкому распространению в забрюшинном пространстве, обусловленному отсутствием естественных анатомических барьеров. Инфицированный панкреонекроз может развиваться в сроки от 3 дней до 8 недель после появления первых клинических симптомов ОП, однако в большинстве случаев он диагностируется в те-

чение первых 2 недель болезни [35, 36].

Панкреатический абсцесс (ПА) представляет собой локализованную форму инфекции забрюшинного пространства, развивающейся в самой железе либо в окружающих её тканях. Подобно инфицированному панкреонекрозу, абсцесс формируется как следствие некротического панкреатита. Однако в данном случае процесс ограничен капсулой, образованной грануляционной тканью и близлежащими органами [36].

В настоящее время термин «инфицированная ложная киста» включён в третий пересмотр классификации ОП. Разделение с ПА является условным, ложная киста, содержащая гной, чаще рассматривается как панкреатический абсцесс. Если при хирургическом вмешательстве у пациента без очевидных признаков инфекции в относительно светлом содержимом ложной кисты обнаруживаются микроорганизмы, то она считается инфицированной [28].

В международной классификации ОП (Атланта, 1992) отсутствуют такие осложнения острого панкреатита, как «парапанкреатит» и «флегмона забрюшинной клетчатки». В последней редакции международной классификации ОП эти принятые в странах СНГ термины получили название: ограниченный перипанкреатический некроз (walled-off peripancreatic necrosis) (таблица 2) [28]. Также нет аналогов в международной классификации ОП таких часто используемых отечественными практическими врачами терминов, как острый геморрагический и жировой панкреонекроз [7, 32].

В отечественной литературе не существует единого общепризнанного названия тяжёлой формы острого панкреатита, панкреонекроза. Среди хирургов стран СНГ укоренился термин «острый деструктивный панкреатит», который не имеет аналогов в иностранной литературе. В после-

днее время в отечественной литературе стали чаще использоваться термины «некротический (некротизирующий) панкреатит», которые являются прямым переводом наиболее часто используемого в иностранной литературе термина – necrotizing pancreatitis.

О существующем среди хирургов стран СНГ разногласии в интерпретации различных терминов и связанной с ними тактики лечения ОП свидетельствуют вопросы, вынесенные на обсуждение на последнем XVI международном конгрессе хирургов-гепатологов стран СНГ (Екатеринбург, 16–18 сентября 2009 г.): 1) соотношение понятий «тяжёлый панкреатит, инфицированный некроз (инфицированный панкреонекроз)» и «гнойные осложнения тяжёлого панкреатита (панкреонекроза)»; 2) пути эволюции инфицированного (панкреатогенного) некроза (нагноение и прогрессирующее гнойное расплавление или отграничение и резорбция) и их влияние на выбор хирургической тактики; 3) выбор хирургического пособия при инфицированном (гнойном) оментобурсите, панкреатогенном абсцессе и прогрессирующем нагноении зоны панкреатогенного некроза (панкреатогенной флегмоны) [37].

Таким образом, международная классификация острого панкреатита (Атланта, 1992) в полной мере не отражает всей многогранности течения панкреонекроза и не всегда может быть основой для принятия решения в клинической практике. Кроме того, международная классификация ОП на сегодняшний день несколько устарела [7, 16, 38]. Поэтому назрела необходимость продолжения разработки более совершенной классификационной системы с пересмотром прежней с учётом знания недостатков и достоинств ранее созданных классификаций. В нашей стране существует богатая хорошими традициями панкреатологическая школа. Нам представляется не-

обходимым участие белорусских учёных-панкреатологов в работе международной группы по ревизии классификации ОП (Атланта, 1992). Требования, предъявляемые к современной классификации ОП, известны [7]. Классификация ОП должна в полной мере отражать этиологию, тяжесть течения, патогенез, первичность приступа, особенности клинического течения острого панкреатита, наличие и характер осложнений и некротических поражений при остром воспалении поджелудочной железы. Она должна быть удобной в практическом применении, позволять оптимизировать лечение больных острым панкреатитом, определять характер и длительность консервативной терапии, объём и сроки выполнения оперативных вмешательств, а также прогнозировать течение заболевания и его исход.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sarles, H. Proposal adopted unanimously by the participants of the Symposium, Marseille, 1963 / H. Sarles // *Bibl. Gastroenterol.* – 1965. – Vol. 7. – P. 7-8.
2. Sarner, M. Classification of pancreatitis / M. Sarner, P. B. Cotton // *Gut.* – 1984. – Vol. 25. – P. 756-759.
3. Singer, M. V. Revised classification of pancreatitis. Report of the Second International Symposium on the Classification of Pancreatitis in Marseille, France, March 28–30, 1984 / M. V. Singer, K. Gyr, H. Sarles // *Gastroenterology.* – 1985. – Vol. 89. – P. 683-685.
4. Bradley, E. L. III. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta, Ga, 11–13 Sept., 1992 / E. L. III. Bradley // *Arch. Surg.* – 1993. – Vol. 128. – P. 586-590.
5. Bradley, E. L. III. A clinically based classification system for acute pancreatitis / E. L. III. Bradley // *Ann. Chir.* – 1993. – Vol. 47. – P. 537-541.
6. Мамчич, В. И. Взгляд на классификацию острого панкреатита / В. И. Мамчич, В. И. Паламарчук, А. И. Тарахонич // *Анналы хирург. гепатологии.* – 1998. – Т. 3, № 3. – С. 332-337.
7. The Atlanta Classification of acute pancreatitis revisited / T. L. Bollen [et al.] // *Br. J. Surg.* – 2008. – Vol. 95. – P. 6-21.
8. Guidelines for the management of acute

- pancreatitis. Working Party of the Program Committee of the Bangkok World Congress of Gastroenterology, 2002 / J. Toouli [et al.] // *J. Gastroenterol. Hepatol.* – 2002. – Vol. 17. – Suppl. 1. – P. 15-39.
9. British Society of Gastroenterology. United Kingdom guidelines for the management of acute pancreatitis // *Gut.* – 1998. – Vol. 42. – Suppl. 2. – P. 1-13.
10. The Society for Surgery of the Alimentary Tract Patient Care Committee. Treatment of acute pancreatitis // *J. Gastrointest. Surg.* – 1998. – Vol. 2. – P. 487-488.
11. Diagnosis, objective assessment of severity, and management of acute pancreatitis. Santorini consensus conference / C. Dervenis [et al.] // *Int. J. Pancreatol.* – 1999. – Vol. 25. – P. 195-210.
12. IAP guidelines for the surgical management of acute pancreatitis / W. Uhl [et al.] // *Pancreatol.* – 2002. – Vol. 2. – P. 565-573.
13. Evidence-based clinical practice guidelines for acute pancreatitis: proposals / T. Mayumi [et al.] // *J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.* – 2002. – Vol. 9. – P. 413-422.
14. JPN guidelines for the management of acute pancreatitis: severity assessment of acute pancreatitis / M. Hirota [et al.] // *J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.* – 2006. – Vol. 13. – P. 33-41.
15. JPN guidelines for the management of acute pancreatitis: epidemiology, etiology, natural history, and outcome predictors in acute pancreatitis / M. Sekimoto [et al.] // *J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.* – 2006. – Vol. 13. – P. 10-24.
16. Banks, P. A. The Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Practice guidelines in acute pancreatitis / P. A. Banks, M. L. Freeman // *Am. J. Gastroenterol.* – 2006. – Vol. 101. – P. 2379-2400.
17. Organized pancreatic necrosis: endoscopic, radiologic, and pathologic features of a distinct clinical entity / T. H. Baron [et al.] // *Pancreas.* – 1999. – Vol. 19. – P. 105-108.
18. Dervenis, C. Evidence-based assessment of severity and management of acute pancreatitis / C. Dervenis, C. Bassi // *Br. J. Surg.* – 2000. – Vol. 87. – P. 257-258.
19. Describing computed tomography findings in acute necrotizing pancreatitis with the Atlanta classification: an interobserver agreement study / M. G. Besselink [et al.] // *Pancreas.* – 2006. – Vol. 33. – P. 331-335.
20. Obesity increases the severity of acute pancreatitis: performance of APACHE-O score and correlation with the inflammatory response / G. I. Papachristou [et al.] // *Pancreatol.* – 2006. – Vol. 6. – P. 279-285.
21. Pancreatic fluid collections prior to intervention: evaluation with MR imaging compared with CT and US / D. E. Morgan [et al.] // *Radiology.* – 1997. – Vol. 203. – P. 773-778.
22. Subacute pancreatic necrosis / I. Petrakis [et al.] // *Panminerva Med.* – 2000. – Vol. 42. – P. 279-286.
23. Vege, S. S. Organ failure as an indicator of severity of acute pancreatitis: time to revisit the Atlanta classification / S. S. Vege, S. T. Chari // *Gastroenterology.* – 2005. – Vol. 128. – P. 1133-1135.
24. Towards an update of the Atlanta classification on acute pancreatitis: review of new and abandoned terms / T. L. Bollen [et al.] // *Pancreas.* – 2007. – Vol. 35. – P. 107-113.
25. Describing peripancreatic collections in severe acute pancreatitis using morphologic terms: An international interobserver agreement study / H. C. van Santvoort [et al.] // *Pancreatol.* – 2008. – Vol. 8. – P. 593-599.
26. Risk assessment in acute pancreatitis / R. Mofidi [et al.] // *Br. J. Surg.* – 2009. – Vol. 96. – P. 137-150.
27. Sachs, M. Pour une classification des pancréatites aiguës envisagée sous l'angle chirurgical / M. Sachs, A. Encke // *Chirurgie.* – 1993. – Vol. 130. – P. 539-544.
28. Revision of the Atlanta classification of acute pancreatitis. Acute Pancreatitis Classification Working Group, April 9, 2008 [Electronic resource]. – 2009. – Mode of access: <http://pancreasclub.com/resources/AtlantaClassification.pdf/>. – Date of access: 06.08.2009.
29. Acute pancreatitis: value of CT in establishing prognosis / E. J. Balthazar [et al.] // *Radiology.* – 1990. – Vol. 174. – P. 331-336.
30. Marshall, J. C. The Multiple Organ Dysfunction (MOD) Score / J. C. Marshall // *Sepsis.* – 1997. – Vol. 1, N 1. – P. 49-52.
31. Панкреонекроз: актуальные вопросы классификации, диагностики и лечения (результаты анкетирования хирургических клиник Российской Федерации) / В. С. Савельев [и др.] // *Consilium medicum.* – 2000. – Т. 2, № 7. – С. 34-39.
32. Савельев, В. С. Острый панкреатит / В. С. Савельев, В. М. Буянов, В. Ю. Огнев. – М.: Медицина, 1983. – 240 с.
33. Шалимов, С. А. Острый панкреатит и его осложнения / С. А. Шалимов, А. П. Радзиховский, М. Е. Ничитайло. – Киев: Наукова думка, 1990. – 224 с.
34. Prevention, detection, and management of infected necrosis in severe acute pancreatitis / O. J. Bakker [et al.] // *Curr. Gastroenterol. Rep.* – 2009. – Vol. 11, N. 2. – P. 104-110.
35. Al Mofleh, I. A. Severe acute pancreatitis: pathogenetic aspects and prognostic factors / I. A. Al Mofleh // *World J. Gastroenterol.* 2008. – Vol. 14, N. 5. – P. 675-684.

36. Timing and impact of infections in acute pancreatitis / M. G. Besselink [et al.] // Br. J. Surg. – 2009. – Vol. 96, N. 3. – P. 267-273.

37. Актуальные проблемы хирургической гепатологии: Программа XVI Междунар. Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ, Екатеринбург, 16–18 сент., 2009 г. [Электронный ресурс]. – 2009. – 36 с. – Режим доступа: http://hepatoassociation.ru/docs/liga-programma_new16.pdf/. – Дата доступа: 01.10.2009.

38. AGA Institute medical position statement on acute pancreatitis. American Gastroenterological Association (AGA) Institute on «Management of Acute Pancreatitis» Clinical Practice and Economics

Committee; AGA Institute Governing Board // Gastroenterology. – 2007. – Vol. 132, N 5. – P. 2019-2021.

Адрес для корреспонденции

246029, Республика Беларусь,
г. Гомель, ул. Братьев Лизюковых, 5,
Гомельская областная
клиническая больница,
тел. раб.: +375 232 48-71-89,
e-mail: aalitvin@gmail.com,
Литвин А.А.

Поступила 17.11.2009 г.

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Всероссийское общество кистевых хирургов «Российская кистевая группа», Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова и Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова приглашает Вас принять участие в работе **III Всероссийского съезда кистевых хирургов и II Международного конгресса «Современные технологии диагностики, лечения и реабилитации при повреждениях и заболеваниях верхней конечности»**, которые состоятся 19–21 мая 2010 года в Москве, в центральном научно-исследовательском институте травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова

Научная программа

• Организационные аспекты обеспечения медицинской помощью пациентов с повреждениями и заболеваниями верхней конечности. • Актуальные технологии диагностики заболеваний верхней конечности, ошибки диагностики и лечения. • Проблемы лечения пациентов с острыми повреждениями костей, суставов, сухожилий и нервов верхней конечности. • Огнестрельные ранения и тяжелые травмы верхней конечности. • Реконструктивная хирургия последствий травм и заболеваний верхней конечности. • Возможности использования микрохирургической техники при повреждениях и последствиях травм верхней конечности. • Врожденная патология, дегенеративно-дистрофические заболевания и опухоли верхней конечности. • Осложнения заболеваний и травм верхней конечности. • Актуальные принципы диагностики и лечения гнойных заболеваний верхней конечности. • Реабилитация пациентов с травмами и заболеваниями верхней конечности.

Контакты: тел. (926) 232-43-61

E-mail: mdahandsurgery@mail.ru, imiguleva@mail.ru, iog305@mail.ru

Дополнительная информация на сайте: <http://www.hand-clinic.ru>