

УДК 616.37–002

## КЛАСИФІКАЦІЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ: ПЕРЕГЛЯД ІНТЕРНАЦІОНАЛЬНИМ КОНСЕНСУСОМ У 2012 Р. КЛАСИФІКАЦІЇ, ПРИЙНЯТОЇ В АТЛАНТІ

I. A. Криворучко, В. М. Копчак, О. Ю. Усенко, Н. М. Гончарова, С. М. Балака,  
С. М. Тесленко, С. А. Андреєщев

Харківський національний медичний університет МОЗ України,  
Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

## CLASSIFICATION OF AN ACUTE PANCREATITIS: REVISION BY INTERNATIONAL CONSENSUS IN 2012 OF CLASSIFICATION, ADOPTED IN ATLANTA

I. A. Kryvoruchko, V. M. Kopchak, O. Yu. Usenko, N. M. Goncharova, S. M. Balaka,  
S. M. Teslenko, S. A. Andreyeshchev

Вперше симптоми ГП описав і виділив його форми (гангренозну, геморагічну, гнійну) патолог R. Fitz у 1889 р., який оприлюднив дані дослідження у Бостонському медичному хірургічному журналі. На симпозиумі в Атланті у 1992 р. запропонована загальна універсальна класифікація ГП, призначена для полегшення розуміння і кореляції результатів, одержаних гастроентерологами, патологоанатомами, рентгенологами й хірургами. Такий підхід мав бути особливо корисним для оцінки та усунення різних скупчень рідини, що утворюються під час перебігу ГП. Експерти, які брали участь у симпозиумі, визначили ГП як гострий запальний процес у підшлунковій залозі (ПЗ) за участю тканин, що її оточують, та віддалених органів і систем, що зумовлює підвищення активності панкреатичних ферментів в крові та/або у сечі. Помірний ГП описаний як захворювання, пов'язане з мінімальною дисфункцією органів, його перебіг відбувається без ускладнень. Тяжкий ГП визначений як захворювання, пов'язане з органічною недостатністю та/або виникненням місцевих ускладнень, зокрема, гострої псевдокісти ПЗ, некрозу (стерильного або інфікованого), абсцесу ПЗ [1]. Обидві форми ГП описані як такі, що характеризуються гострим скупченням рідини на ранніх стадіях захворювання. Під час оцінки тяжкості ГП за шкалою

### Реферат

На симпозиумі в Атланті у 1992 р. запропонована загальна універсальна класифікація гострого панкреатиту (ГП), прийнята світовим медичним товариством до практичного використання. За даними численних досліджень були розширені уявлення про патофізіологію ГП, органну недостатність, а також вдосконалення методів неінвазивної та інвазивної візуалізації й лікування хворих, що зумовило необхідність перегляду класифікації. Веб—консультації проведені у 2007 р. для забезпечення широкої участі панкреатологів. Після першого засідання робоча група направила проект документа до 11 національних і міжнародних асоціацій панкреатологів. У 2012 р. опубліковані остаточні висновки щодо консенсусу.

**Ключові слова:** гострий панкреатит; класифікація; діагностика.

### Abstract

In 1992 on symposium in Atlanta the general classification of an acute pancreatitis, adopted by world medical society for practical application, was proposed. Due to results of multiple investigations there were enhanced the data about an acute pancreatitis pathophysiology, the organs insufficiency, and improvement of the noninvasive and invasive methods of visualization and treatment, what caused necessity to revise the classification. Web—consultations were conducted in 2007 yr to guarantee a wide participation of pancreatologists. After first meeting the working group have directed the document project to 11 national and international associations of pancreatologists. In 2012 yr the definite conclusions, concerning consensus, were published.

**Key words:** acute pancreatitis; classification; diagnosis.

Ranson 3 бали або більше чи за шкалою APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II) 8 балів або більше слід вважати його перебіг тяжким. Органну недостатність та системні ускладнення рекомендовано діагностувати за наявності ознак шоку, легеневої, ниркової недостатності, шлунково—кишкової кровотоку, синдрому дисемінованого внутрішньосудинного зсідання крові, тяжких метаболічних розладів. Незважаючи на те, що класифікація ГП 1992 р. прийнята світовим медичним товариством до практичного використання, деякі визначення

були недостатньо точними. За даними численних досліджень розширені уявлення про патофізіологію органної недостатності та некротичного панкреатиту, поряд з вдосконаленням методів неінвазивної та інвазивної візуалізації, це зумовило необхідність перегляду класифікації, прийнятої в Атланті, інтернаціональним консенсусом у 2012 р. У переглянутій класифікації ГП запропоновані критерії діагностики, виділені два типи перебігу захворювання (інтерстиціальний набряковий панкреатит і некротичний панкреатит), тяжкість перебігу ГП

поділена на III ступеня, визначені морфологічні особливості панкреатичних і перипанкреатичних скупчень рідини.

Класифікація ГП переглянута на основі аналізу результатів загально-го інтерактивного опитування під керівництвом Робочої групи за участю членів 11 національних і міжнародних асоціацій панкреатологів, які представили уточнення термінології захворювання [2].

### Діагностика та визначення форм гострого панкреатиту

Встановлення діагнозу ГП вимагає наявності двох з трьох представлених чинників: 1) біль у животі, характерна для ГП (гострий початок, постійний інтенсивний біль у надчрепній ділянці, що віддає у поперекову ділянку); 2) підвищення активності ліпази (або амілази) у сироватці крові, як мінімум, утричі за норму; 3) характерні для ГП ознаки, виявлені при використанні контрастно підсиленої комп'ютерної томографії (КТ), магніторезонансної томографії (МРТ) та ультразвукового дослідження (УЗД) органів черевної порожнини. Якщо біль в животі характерний для ГП, проте, активність ліпази/амілази підвищена не більше ніж втричі за норму, для встановлення діагнозу необхідне застосування інструментальних методів візуальної діагностики. При встановленні

діагнозу ГП на підставі аналізу клінічних ознак захворювання і підвищення активності ферментів ПЗ більше ніж утричі, проведення контрастно підсиленої КТ на етапі госпіталізації пацієнта є обов'язковим у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ).

ГП пропонують розподіляти на 2 типи: інтерстиціальний набряковий і некротичний (табл. 1).

*Інтерстиціальний набряковий панкреатит.* У більшості пацієнтів при ГП виявляють тотальне або рідше — локальне збільшення ПЗ внаслідок запального набряку. За даними контрастно підсиленої КТ у ПЗ спостерігають ознаки запального процесу: відносно гомогенне посилення зображення паренхіми, помірну нечіткість перипанкреатичної клітковини. Також іноді відзначають перипанкреатичне скупчення рідини. Клінічні ознаки інтерстиціального набрякового панкреатиту, як правило, зникають протягом одного тижня.

*Некротичний панкреатит.* У 5 — 10% хворих виникає некроз паренхіми ПЗ і навколишньої клітковини. Найчастіше виявляють поєднаний некроз ПЗ і клітковини заочеревинного простору, рідше — ізольований некроз паренхіми ПЗ або навколишньої клітковини. Порушення перфузії ПЗ і ознаки перипанкреатичного некрозу формуються про-

тягом кількох днів, що пояснює відсутність характерних змін за даними контрастно підсиленої КТ у ці строки дослідження. Протягом перших кількох днів захворювання за даними контрастно підсиленої КТ відзначають негомогенність паренхіми ПЗ, що свідчить про можливе прогресування захворювання, а саме, відмежування вогнищ некрозу або їх злиття. Паренхіму ПЗ, яка у строки понад 1 тиж від початку захворювання не накопичує контрастну речовину при КТ, вважають зоною некрозу. За ізольованого некрозу перипанкреатичної клітковини паренхіма ПЗ виглядає як за інтерстиціального набрякового панкреатиту, незважаючи на те, що у навколишній клітковині часто формуються вогнища некрозу. У пацієнтів за ізольованого перипанкреатичного некрозу часто спостерігають більш тяжкий перебіг захворювання і виконують більше операцій, ніж у хворих за набрякового інтерстиціального панкреатиту. Перебіг панкреатичного і перипанкреатичного некрозу різниться у зв'язку з можливістю розсмоктування, інфікування або розрідження.

*Інфікований панкреатичний некроз.* Панкреатичний і перипанкреатичний некроз може інфікуватися або залишатися стерильним. У більшості досліджень не виявлено абсолютної залежності між поши-

Таблиця 1. Класифікація ГП

Atlanta Classification (1992)	Working Group Classification (2007 –2012)
<b>Гострий панкреатит</b>	
<b>Менше 4 тиж від початку захворювання</b>	
Інтерстиціальний панкреатит (interstitial pancreatitis)	Інтерстиціальний набряковий панкреатит (interstitial edematous pancreatitis)
Стерильний некроз (sterile necrosis)	Некротичний панкреатит
Інфікований некроз (infected necrosis)	панкреатичний некроз, стерильний, інфікований (parenchymal necrosis alone, sterile, infected)
	перипанкреатичний некроз, стерильний, інфікований (peripancreatic necrosis alone, sterile, infected)
	панкреатичний і перипанкреатичний некроз, стерильний, інфікований (pancreatic necrosis, peripancreatic necrosis, sterile, infected)
<b>Скупчення рідини при ГП</b>	
<b>Менше 4 тиж від початку захворювання</b>	
Панкреатичний абсцес (pancreatic abscess)	Гострі перипанкреатичні скупчення рідини, стерильні, інфіковані (acute peripancreatic fluid collection, sterile, infected)
	Постнекротичні панкреатичні/перипанкреатичні скупчення рідини, стерильні, інфіковані (post-necrotic pancreatic/peripancreatic fluid collection, sterile, infected)
<b>Понад 4 тиж від початку захворювання</b>	
Панкреатична псевдокіста (pancreatic pseudocyst)	Панкреатична псевдокіста, стерильна, інфікована (pancreatic pseudocyst, sterile, infected)
	Відмежовані вогнища панкреонекрозу, стерильні, інфіковані (walled-off pancreatic necrosis, sterile, infected)

Таблиця 2. Модифікована шкала Marshall для оцінки тяжкості ГП

Система	Показники за кількості балів				
	0	1	2	3	4
Дихальна (PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> )	Більше 400	301 – 400	201 – 300	101 – 200	Менше 101
Сечова (креатинін у сироватці крові, ммоль/мг/л)	134 і менше	134 – 169	170 – 310	311 – 439	Понад 439
Серцево-судинна (систолический артеріальний тиск, мм рт. ст.)	Менше 1,4	1,4 – 1,8	1,9 – 3,6	3,6 – 4,9	Понад 4,9
	Вище 90	Нижче 90, хворий реагує на введення розчинів	Нижче 90, хворий не реагує на введення розчинів	Нижче 90, pH < 7,3	Нижче 90, pH < 7,2

*Примітка.* За кількості балів 2 або більше в будь-якій системі визначали наявність органної недостатності.

ренням некрозу, ризиком інфікування і тривалістю перебігу. Інфікування вогнищ панкреонекрозу рідко спостерігають у перший тиждень захворювання. Діагностика гострого інфікованого некротичного панкреатиту вкрай важлива для визначення показань до проведення антибактеріальної терапії і хірургічного лікування. Припустити інфікування вогнищ некрозу можна при виявленні газу в ПЗ або перипанкреатичній клітковині за даними контрастно підсиленої КТ, а також при проведенні черезшкірної тонкогілкової пункції під контролем візуальних методів діагностики з подальшою бактеріоскопією і бактеріологічним дослідженням. За класифікацією Атланти (1992 р.), термін "панкреатичний абсцес" трактували як локальне скупчення гнійного матеріалу без значного некротичного матеріалу. Це спостерігають вкрай рідко, що спричиняє плутанину і некоректне використання термінології, тому термін "панкреатичний абсцес" в переглянутій класифікації 2012 р. не використаний.

### Ускладнення гострого панкреатиту

*Визначення органної недостатності.* Для виявлення органної недостатності експерти рекомендують оцінювати функцію трьох систем: дихальної, серцево-судинної, а також функцію нирок. Органну недостатність встановлюють за наявності 2 балів або більше для однієї з цих трьох систем з використанням шкали Marshall (табл. 2). Як свідчать дані експертів, які брали участь у дослідженнях [2], модифікована

шкала Marshall краще, ніж шкала SOFA, яку часто використовують у ВРІТ, в ній взяте до уваги використання інотропної та респіраторної підтримки хворих.

*Визначення локальних ускладнень.* Локальними ускладненнями є гостре перипанкреатичне скупчення рідини, псевдокіста ПЗ, гостре постнекротичне скупчення рідини, відмежоване вогнище панкреонекрозу. Інші локальні ускладнення ГП включають порушення спорожнення шлунка, тромбоз селезінкової та ворітної вен, некроз ободової кишки.

Локальні ускладнення слід припустити за продовження або повторної появи болю в животі, повторного підвищення активності панкреатичних ферментів у сироватці крові, прогресування органної дисфункції і/або появи клінічних симптомів сепсису, зокрема, лихоманки, лейкоцитозу. За наявності цих ознак показане використання візуальних методів діагностики з метою виявлення локальних ускладнень. Морфологічні особливості ГП можна виявити при використанні мультиспіральної контрастно підсиленої КТ з високою роздільною здатністю при виявленні нових особливостей локальних ускладнень захворювання.

Панкреатичні і перипанкреатичні скупчення рідини слід описувати, вказуючи локалізацію (ПЗ, перипанкреатична клітковина тощо), характер вмісту (рідина, щільний вміст, газ), щільності оболонки (тонка, товста). Наявність кровотоку в ПЗ має бути також описана. Слід відзначити, що, за думкою експертів, ізоль-

овані локальні ускладнення не впливають на тяжкість перебігу ГП.

*Визначення системних ускладнень.* Загострення існуючих захворювань, в тому числі атеросклерозу вінцевих артерій або хронічних захворювань легень, що виникають на тлі перебігу ГП, вважають системними ускладненнями. Консенсус пропонує диференціювати органну недостатність, що триває або є постійною, та інші системні ускладнення, що ускладнюють перебіг хронічних захворювань.

### Фази перебігу і тяжкість гострого панкреатиту

Виділяють дві фази перебігу ГП, що супроводжуються двома піками летальності: ранню і пізню. За ранньою фазою, що як правило, триває протягом першого тижня, виникає друга фаза тривалістю кілька тижнів і місяців.

*Рання фаза ГП.* У ранню фазу системні порушення є наслідком відповіді на локальне пошкодження ПЗ. Ця фаза, як правило, завершується до кінця першого тижня, проте, може тривати і протягом другого тижня. Каскад реакцій цитокінів, що активується запаленням ПЗ, клінічно проявляється синдромом системної запальної відповіді (ССЗВ). При цьому підвищується ризик виникнення синдрому органної недостатності. Тяжкість перебігу ГП протягом першого тижня визначається в основному наявністю і тривалістю органної недостатності, яку у строки до 48 год описують як "транзиторну", а пізніше — як "постійну". Якщо виникає органна недостатність більш ніж однієї систе-

ми органів, це називають множинною органною недостатністю. Незважаючи на те, що локальні ускладнення можуть виникати під час ранньої фази, вони не визначають тяжкість стану хворого і можуть бути не пов'язані з поширенням некрозу протягом перших днів захворювання. Крім того, вираженість морфологічних змін немає лінійної залежності від тяжкості органної недостатності. Саме визначення тяжкості ГП (середньої тяжкості або тяжкий) залежить від наявності та тривалості органної недостатності.

**Пізня фаза ГП.** Пізня фаза характеризується ознаками системного запалення або локальними ускладненнями, її виявляють тільки при перебігу захворювання середньої тяжкості і тяжкому. У більшості хворих локальні ускладнення виникають під час другої фази. Дуже важливо розрізнити морфологічні характеристики локальних ускладнень з використанням візуальних методів інструментальної діагностики, оскільки вони потребують різних методів лікування. Таким чином, органна недостатність є основним визначальним критерієм ступеня тяжкості захворювання, тому характеристика ГП у другу фазу вимагає оцінки як клінічних, так і морфологічних критеріїв.

### Визначення тяжкості гострого панкреатиту

Важливо правильно визначити тяжкість перебігу ГП. По—перше, при госпіталізації слід виявити хворих з потенційно тяжким панкреатитом, яким показано проведення ранньої інтенсивної терапії. По—друге, під час лікування необхідно виявляти тяжко хворих для направлення для подальшого лікування у спеціалізовані центри. По—третє, фахівці мають розподіляти таких пацієнтів по групах залежно від наявності органної недостатності або локальних ускладнень.

Запропонована класифікація [2] передбачає виділення трьох ступенів тяжкості ГП: помірного, середньої тяжкості і тяжкого, а також транзиторної, постійної органної недостатності та локальних або системних ускладнень. Тривалість тран-

зиторної органної недостатності до 48 год, постійної — понад 48 год. Локальні ускладнення включають перипанкреатичні скупчення рідини, гострі некротичні скупчення рідини; системні ускладнення при цьому можуть бути також зумовлені загостренням хронічних соматичних захворювань.

**За помірної тяжкості ГП** відсутні органна недостатність і системні ускладнення. Як правило, застосування складних інструментальних методів візуалізації не потрібне, летальність практично відсутня, більшість пацієнтів виписують у ранню фазу захворювання.

**Панкреатит середньої тяжкості** характеризується наявністю транзиторної органної недостатності або локальних чи системних ускладнень за відсутності органної недостатності. Прикладом такої клінічної форми ГП є перипанкреатичні скупчення рідини, що спричиняють постійний біль в животі, лейкоцитоз і лихоманку, харчування звичайним шляхом не показане. Проявами системного ускладнення є загострення ішемічної хвороби серця або хронічних захворювань легень, спровокованого ГП. При панкреатиті середньої тяжкості одужання можливе і без хірургічного втручання, хірургічна допомога показана за наявності поширеного стерильного некрозу ПЗ без органної недостатності. Летальність при ГП середньої тяжкості значно менше, ніж за тяжкого ГП.

**Тяжкий ГП** характеризується транзиторною або постійною органною недостатністю, яка формується у ранній фазі, сприяє активації каскаду цитокінів, що спричиняє ССЗВ, наявність якого є фактором підвищеного ризику виникнення транзиторної органної недостатності і вимагає більш складного лікування хворих. Транзиторна органна недостатність може бути з ураженням одного органа або у вигляді поліорганної недостатності. У пацієнтів при транзиторній органній недостатності виникають локальні ускладнення. При цьому, якщо органна недостатність виникає протягом кількох днів від початку захво-

рювання, прогнозована летальність становить 36 — 50%. Інфікування вогнищ некрозу у хворих за транзиторної органної недостатності пов'язане з високою (до 80%) летальністю.

Протягом ранньої фази тяжкість перебігу захворювання за тяжкого ГП може бути переглянута. Повторну оцінку тяжкості стану слід проводити через 24, 48 год і 7 діб від моменту госпіталізації. Оскільки локальні ускладнення можуть бути ідентифіковані під час перебігу ранньої фази, немає необхідності в їх документальному підтвердженні протягом першого тижня. По—перше, наявність і поширення панкреатичного і перипанкреатичного некрозу не можуть бути достовірно визначені за даними інструментальних методів діагностики протягом перших днів захворювання. При необхідності хворим проводять контрастно підсилену КТ через 5 — 7 діб після госпіталізації (найбільш достовірна в ці строки) для оцінки наявності та поширення некрозу. По—друге, поширення морфологічних змін і некрозу не пропорційне тяжкості органної недостатності. По—третє, навіть якщо за даними інструментальних методів діагностики вдається виявити перипанкреатичні скупчення рідини або панкреонекроз, суттєві зміни лікувальної тактики не потрібні.

За ГП середньої тяжкості і тяжкого в пізній фазі локальні ускладнення виникають частіше, хоча у деяких хворих при транзиторній органній недостатності можливе одужання без локальних ускладнень. Наявність інфекції в зоні некрозу є маркером підвищеного ризику летального наслідку, проте, за інфікованого некрозу без транзиторної органної недостатності летальність менша, ніж за інфікованого некрозу та її наявності. При цьому важливо диференціювати морфологічні особливості локальних ускладнень, оскільки потрібні різні підходи до їх хірургічного лікування для запобігання загибелі хворого. Стан пацієнтів за середньої тяжкості і тяжкого ГП слід описувати більш ретельно, їх необхідно розподіляти



для клінічного ведення залежно від характеру рідинного утворення (відсутність, стерильне, інфіковане), кількості (поодинокі або множинні) і клінічних проявів.

### **Визначення панкреатичних і перипанкреатичних скупчень рідини**

У переглянутій класифікації ГП визначена важлива різниця між скупченнями, які містять тільки рідину, і скупчення, що виникли в зоні некрозу і містять некротичний компонент (можуть також містити різну кількість рідини). Гостре перипанкреатичне скупчення рідини (ГПСР) — виникає при інтерстиціальному панкреатиті; панкреатична псевдокіста — виникає, як правило, через 4 тиж від початку захворювання і є відстроченим ускладненням інтерстиціального ГП; некроз, який може бути гострим постнекротичним скупченням рідини (в ранній фазі до демаркації) або відмежованим вогнищем панкреонекрозу (ВВП), оточеним капсулою, що визначають за даними радіологічного дослідження (рідко виникає у строки до 4 тиж від початку панкреатиту).

*Гостре перипанкреатичне скупчення рідини.* Скупчення рідини, як правило, утворюється в ранню фазу ГП. За даними контрастно підсиленої КТ ГПСР немає стінки, гомогенне, відмежоване фасціальними структурами клітковини заочеревинного простору, може бути як поодиноким, так і множинними. Більшість ГПСР стерильні, розсмоктуються спонтанно, без хірургічного втручання. Якщо ці скупчення існують понад 4 тиж, є висока ймовірність утворення псевдокісти ПЗ, незважаючи на те, що ГПСР є рідкісним ускладненням ГП [2].

*Псевдокіста ПЗ* — специфічне визначення для гострого скупчення рідини в перипанкреатичній клітковині (рідко може бути частково або повністю інтрапанкреатичною). Псевдокіста ПЗ оточена чітко обмеженою стінкою, не містить твердих частинок. Діагноз встановлюють на підставі аналізу наведених морфологічних критеріїв. Вміст її, як правило, з високою активністю амілази.

Вважають, що псевдокіста ПЗ утворюється внаслідок розриву протоки ПЗ або її інтрапанкреатичних гілок без некрозу паренхіми органа. Якщо у порожнині містяться некротизовані маси, термін "псевдокіста" не використовують [2], оскільки у наведених рекомендаціях патогенез псевдокісти ПЗ експерти розглядають не як наслідок її утворення після виникнення гострого постнекротичного скупчення рідини у хворих при ГП. Хоча контрастно підсилену КТ використовують найбільш часто для діагностики псевдокіст ПЗ, доцільне використання МРТ або УЗД для підтвердження наявності твердих частинок в її порожнині.

Однією з сучасних є концепція утворення псевдокісти ПЗ як наслідку специфічного механізму "роз'єднаної протоки" при гострому некротичному панкреатиті, коли ізольований некроз паренхіми шийки або тіла ПЗ відмежовується від життєздатної дистальної ділянки органа, проте, для отримання доказів необхідне продовження досліджень.

*Гостре постнекротичне скупчення рідини.* Протягом перших 4 тиж скупчення, що містить різну кількість рідини і некротизованих тканин, називають гострим постнекротичним скупченням рідини, що утворюється при некротичному панкреатиті (некроз ПЗ або перипанкреатичних тканин) і містить некротизовану тканину. За даними контрастно підсиленої КТ перипанкреатичні і некротичні скупчення в ПЗ містять різну кількість твердого некротичного матеріалу і рідини, можуть бути множинними і багатокамерними.

Гостре постнекротичне скупчення рідини може бути пов'язане з розривом протоки ПЗ в ділянці некрозу паренхіми органа. Протягом першого тижня захворювання виникають значні труднощі під час диференціювання ГПСР і гострого постнекротичного скупчення рідини. Після першого тижня різниця між цими типами скупчення стає ясною, оскільки на цій стадії перипанкреатичне скупчення пов'язане, насамперед, з некрозом паренхіми ПЗ і може бути назване гострим постне-

кротичним скупченням рідини, а не ГПСР. Застосування МРТ, чезрезшкірного УЗД або ендоскопічної ультрасонографії дозволяє підтвердити наявність щільного вмісту в цих скупченнях.

*Відмежоване вогнище панкреонекрозу.* ВВП містить некротизовані тканини, має щільну стінку з реактивно запаленої гранульоматозної тканини, це зріле, інкапсульоване скупчення панкреатичного або перипанкреатичного некрозу, може бути відмежоване, з розвинутою стінкою. Дозрівання його стінки відбувається у строки понад 4 тиж після нападу некротичного панкреатиту. Раніше для його позначення використовували різні терміни: організований панкреатичний некроз, некрома, панкреатична секвестрація, псевдокіста, пов'язана з панкреонекрозом, підгострий панкреонекроз. ВВП походить з некротизованої паренхіми ПЗ і/або некротизованих перипанкреатичних тканин, він може бути інфікованим, множинним, виникати у найбільш віддаленій, дистально розташованій ділянці органа. За даними контрастно підсиленої КТ не можна точно відрізнити твердий вміст від рідкого, що може спричинити невірний диференціальний діагноз псевдокісти, тому використовують МРТ, трансабдомінальне УЗД або ендоскопічну ультрасонографію. Виявлення сполучення з протоками ПЗ не дуже важливе, хоча визначає вибір тактики лікування хворих.

Інфікування гострого постнекротичного скупчення рідини або ВВП припускають на підставі аналізу клінічних ознак або виявлення газу в скупченні за даними контрастно підсиленої КТ. Газ поза просвіту порожнистих органів, міститься в ділянці некрозу. При цьому можлива візуалізація рівнів рідини/газу залежно від їх об'єму. За сумнівної ситуації слід проводити тонкогількову пункцію з бактеріологічним дослідженням аспірату, хоча іноді можна обійтися і без неї, особливо якщо чезрезшкірне дренивання є частиною лікувального алгоритму.

Отже, у наведений класифікації переглянуто й вдосконалено термі-

нологію ГП, прийняту в Атланті у 1992 р. Важливою особливістю її є розуміння того, що ГП є динамічним процесом, а тяжкість стану пацієнта може змінюватися під час лікування. У ранній фазі захворювання тяжкість стану пацієнта зумовлена ССЗВ або органною недостатністю. Якщо в ранній фазі не виявлено органну недостатність та локальні або сис-

темні ускладнення, перебіг захворювання вважають легким. За ГП середньої тяжкості виявляють локальні або системні ускладнення без органної недостатності. При виникненні транзиторної або постійної органної недостатності ГП є тяжким, пов'язаним з високою летальністю. Точне визначення локальних ускладнень, включаючи на-

явність рідини чи вогнищ некрозу у ПЗ або навколо неї, строків прогресування захворювання і наявності інфікування допоможе поліпшити розподіл пацієнтів як для лікування у спеціалізованих центрах, так і проведення додаткових клінічних досліджень.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Abstract of the International Symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta, Ga, September 11 through 13, 1992 / E. L. Bradley 3rd. // Arch. Surg. — 1993. — Vol. 128, N 5. — P. 586 — 590.
2. Acute Pancreatitis Classification Working Group Classification of Acute Pancreatitis — 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by International consensus / P. A. Banks, T. L. Bollen, C. Dervenis [et al.] // Gut. — 2013. — Vol. 62. — P. 102 — 111.

