

# Хронический панкреатит: о некоторых современных положениях, указанных в классификациях последних лет

Т. Н. Христич<sup>1</sup>, А. И. Федив<sup>2</sup>, Д. А. Гонцарюк<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Черновицкий национальный университет им. Ю. Федьковича

<sup>2</sup>Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

**Ключевые слова:** острый панкреатит, хронический панкреатит, классификации, осложнения, балльная оценка тяжести течения

Существует достаточное количество клинических классификаций хронического панкреатита (ХП), однако в связи со сложностью и разнообразием клинической картины и диагностических возможностей в практической медицине они не используются в полном объеме [4].

Анализируя многочисленные классификации (больше 40), можно выделить клинические классификации, составленные с учетом характера болевого синдрома; морфологические классификации, учитывающие локализацию и характер морфологических изменений патологического процесса; этиологические и патогенетические; классификации, использующие смешанные принципы построения; международные классификации болезней.

В *международной классификации болезней и причин смерти 10-го пересмотра (МКБ-10)* выделяют следующие рубрики:

1. Хронический алкогольный панкреатит (шифр К86.0).
2. Другие виды панкреатита (шифр К86.1) (инфекционный ХП, хронический рецидивирующий, наследственный, идиопатический, аутоиммунный).
3. Кисты поджелудочной железы (ПЖ) (К86.2).
4. Псевдокисты ПЖ (К86.3).
5. Другие доказанные заболевания ПЖ (К86.8) — атрофия, литиаз, фиброз, цирроз, панкреатический инфантилизм, некроз (жировой, асептический). При этом исключается кистозно-фиброзная болезнь (Е84); низидиобластома (D13.7); панкреатическая стеаторея (К90.3).
6. Панкреатическая стеаторея (К90.3).

В *международной классификации болезней и причин смерти 11-го пересмотра (МКБ-11)* выделяют следующие рубрики относительно болезни ПЖ:

**DC50** Кистозные болезни ПЖ.

**DC50.0** Киста ПЖ.

*Исключено* — врожденная киста ПЖ (LB21).

**DC50.1** Псевдокиста ПЖ.

**DC50.Y** Другие определенные кистозные болезни.

**DC50.Z** Кистозные болезни ПЖ, неопределенные.

**DC51** Острый панкреатит.

**Определение.** Воспаление ПЖ с острым началом. В легких случаях наступает выздоровление без осложнений; тяжелые случаи ассоциируются с высокой летальностью вследствие системных осложнений, независимо от проводимой интенсивной терапии.

*Исключено:*

Цитомегаловирусный панкреатит.

Панкреатит вследствие вирусного паротита.

**DC51.1** Острый идиопатический панкреатит.

**Определение.** Острый панкреатит, этиологию которого невозможно определить. Диагноз устанавливают после исключения алкогольной, желчнокаменной и другой возможной этиологии.

**DC51.2** Острый алкогольно-индуцированный панкреатит.

**Определение.** Острый панкреатит, ассоциированный с употреблением алкоголя. Хотя употребление алкоголя является основной причиной данного заболевания, диагноз следует устанавливать после исключения других этиологических факторов.

**DC51.3** Острый билиарный панкреатит.

**Определение.** Острый панкреатит, ассоциированный с желчными камнями. Диагностируется после исключения других этиологических факторов. Вероятной причиной считают рефлюкс желчи в панкреатический проток вследствие обструкции камнем сосочка двенадцатиперстной кишки.

**DC51.3** Острый медикаментозно-индуцированный панкреатит.

**Определение.** Острый панкреатит, вызванный назначением медикаментозного препарата. Острый панкреатит могут вызвать некоторые диуретики, антибиотики, эстрогеносодержащие контрацептивы, азатиоприн и др.

**DC51.4** Наследственный острый панкреатит.

**Определение.** Рецидивирующее острое воспаленное ПЖ, характеризующееся эпизодами интенсивной боли в животе. С таким панкреатитом связаны генетические мутации. Начало заболевания характерно для лиц до 20 лет, однако встречается в любом возрасте.

**DC51.5** Обострение ХП.**DC51.Y** Другой определенный острый панкреатит.**DC51.Z** Острый панкреатит, неопределенный.**DC52** ХП.

*Исключено:*

Муковисцидоз.

Панкреатическая стеаторея.

**DC52.1** Кальцифицирующий панкреатит.

**Определение.** Воспаление ПЖ, требующее немедленного медицинского вмешательства и госпитализации в течение приступа, и при котором соли кальция откладываются в мягких тканях, вызывая затвердение.

**DC52.2** Парадуоденальный панкреатит.

**Определение.** Воспаление в пространстве между головкой ПЖ (медиально) и нисходящей частью двенадцатиперстной кишки (латерально). Хронический воспалительный процесс в заднекраниальном отделе головки ПЖ, где пересекаются выводные протоки ПЖ и холедоха в желобе стенки двенадцатиперстной кишки.

**DC52.3** Наследственный ХП.

**Определение.** Редкая форма ХП с началом в детском возрасте. При исключении более раннего начала и медленного клинического течения, морфологических признаков и лабораторных данных не отличается от алкогольного ХП.

**DC52.4** Хронический алкогольно-индуцированный панкреатит.**DC52.5** Хронический идиопатический панкреатит.

**Определение.** Воспаление ПЖ, характеризующееся рецидивирующей или постоянной болью в животе, не связанное с известными факторами риска.

**DC52.6** Тропический панкреатит.

**Определение.** Редкое заболевание с началом в детском или юношеском возрасте, наблюдается преимущественно в тропических странах и характеризуется болью в животе, стеатореей и фиброкалькулезной панкреатопатией на фоне хронического неалкогольного панкреатита. При обычном ХП значительно чаще сочетается с калькулезом или раком ПЖ.

**DC52.Y** Другой определенный ХП.**DC52** ХП, неопределенный.**DC53** Аутоиммунный панкреатит.

**Определение.** Редкое заболевание, характеризующееся хроническим неалкогольным панкреатитом, проявляется болью в животе, стеатореей и обструктивной желтухой, поддается лечению кортикостероидами. Существует два типа аутоиммунного панкреатита. Первый тип наблюдается у мужчин пожилого возраста, ассоциируется с поражением других органов и повышением уровня иммуноглобулина G4 (IgG4). Другой тип диагностируется с одинаковой частотой у мужчин и женщин, манифестирует

в более раннем возрасте и не сочетается с поражением других органов или повышением уровня иммуноглобулина G4 (IgG4).

**DC54** Обструктивный панкреатит.

**Определение.** Обструкция в воспаленной ПЖ, требующая немедленного медицинского вмешательства и госпитализации в течение приступа. Имеет много причин и симптомов, проявляющихся в случае, когда панкреатические ферменты (трипсин) назначаются для переваривания пищи, но активируются в ПЖ вместо просвета тонкой кишки.

**DC55** Некоторые специфические заболевания.**DC55.0** Атрофия ПЖ.**DC55.1** Вторичная панкреатическая недостаточность.**DC55.2** Панкреатическая стеаторея.**DC55.Z** Некоторые специфические заболевания ПЖ.**DC5Y** Другие определенные заболевания ПЖ.**DC5Z** Болезни ПЖ, неопределенные.

Разработанные в Украине стандарты диагностики и лечения включают европейские и мировые рекомендации относительно использования классификаций. Чаще в клинической практике применяется Марсельско-Римская классификация с уточнениями Я. С. Циммермана и Н. Б. Губергриц (2002) [13].

Согласно данной классификации по этиологическим факторам различают первичный и вторичный ХП. По особенностям морфологических изменений заболевание верифицируют как кальцифицирующий, обструктивный, воспалительный, индуративный (фиброзно-склерозирующий), гиперферментный ХП. Различают следующие клинические варианты: непрерывно-рецидивирующий, болевой, псевдотуморозный, латентный (безболевой) и сочетающийся с другими заболеваниями. В последние 10–15 лет в Украине проводится ряд исследований, направленных на изучение роли других заболеваний внутренних органов в механизмах развития коморбидности/мультиморбидности ХП. Так, изучаются патогенетические моменты прогрессирования заболевания при его сочетании с ишемической болезнью сердца [2, 3, 14], ХОЗЛ [8], ожирением [12], сахарным диабетом [6, 9], метаболическим синдромом [1, 10] и гастроэнтерологическими заболеваниями [11].

В представленной классификации выделены периоды обострения и ремиссии, характер функциональных нарушений (различают ХП с нарушением внешнесекреторной функции ПЖ, а также ХП с нарушением эндокринной функции (гиперинсулинизм, гиподисфункция инсулярного аппарата)). Дается классификация степени тяжести (легкая, средней тяжести, тяжелая). К осложнениям отнесены кровотечения, шок, плевропульмональные расстройства, острая почечная и печеночная недостаточность, панкреатогенная энцефалопатия, гепатиты и нефриты, кардиомиопатия, динамическая кишечная непроходимость, абсцесс печени, механическая желтуха, гипокальциемия, ДВС-синдром, диабетическая кома.

К осложнениям, которые требуют обязательного совместного наблюдения с хирургом, отнесены кисты, псевдокисты, асцит, стриктура панкреатических протоков и/или общего желчного протока, дуоденальный стеноз, рак ПЖ.

Следует отметить, что клиницисты положительно оценивают предложенную в 2007 г. классификацию M-ANNHEIM, поскольку она в полном объеме освещает клиническое течение ХП с точки зрения этиологических и патогенетических механизмов. Расшифровывается название классификации следующим образом: Multiple — многофакторная, Alcohol — алкоголь, Nikotine — никотин, Nutrition — питание, Heredity — наследственность; Efferent pancreatic ducts factors — факторы, влияющие на диаметр панкреатических протоков и выделение секрета; Immunologic factors — иммунологические факторы; Miscellaneous and metabolic factors — разнообразные другие метаболические факторы.

Отличием диагностических критериев алкогольного панкреатита в предложенной классификации является включение пациентов согласно дозе потребления алкоголя. Введена градация умеренного потребления, поскольку длительное потребление малых и средних доз также является фактором риска развития ХП.

Классификация M-ANNHEIM является максимально приближенной к клинике, учитывает этиологию, стадию ХП, состояние внутрисекреторной и внешнесекреторной функции ПЖ, тяжесть течения, осложнения, характеризуется простотой и может быть использована в качестве инструмента для решения как терапевтических, так и хирургических задач.

В данной классификации рассматривается роль наследственных факторов, способствующих развитию наследственного, тропического и семейного, а также идиопатического панкреатита с ранними и поздними проявлениями. Факторами, влияющими на диаметр панкреатических протоков и выделение секрета, считаются pancreas divisum; кольцевидная ПЖ и другие аномалии; блокада протоков ПЖ (например, опухолью); посттравматические рубцовые стенозы протоков ПЖ; дисфункция сфинктера Одди. Подчеркивается, что иммунологические факторы вызывают аутоиммунный панкреатит, панкреатит, ассоциированный с синдромом Шегрена, ассоциированный с воспалительными заболеваниями (например, первичный билиарный цирроз печени). Различные метаболические факторы могут способствовать развитию ХП, в том числе медикаментозного и токсического (гиперкальциемия, гиперпаратиреоз, хроническая почечная недостаточность, лекарственные и токсические препараты). Это весьма важно для проведения профилактических мероприятий.

В зависимости от симптоматики, клинические стадии ХП представлены бессимптомной фазой и ХП с клинической манифестацией. Бессимптомная фаза представлена субклиническим ХП, протекающим с периодом без симптомов (диагностируется он случайно при аутопсии, операции) и обозначается буквой «а».

Острый панкреатит, когда первый эпизод может быть началом ХП, обозначается буквой «b».

Острый панкреатит с тяжелыми осложнениями обозначается буквой «с».

Следует отметить, что пациенты с первым эпизодом острого панкреатита (при отсутствии ХП), однако с факторами риска (алкогольный анамнез), относятся к стадии «0а», а при отсутствии морфологических и функциональных изменений со стороны ПЖ — к «0b». Если имеется соответствующая симптоматика (например, кальцификация ПЖ), то таких больных относят к стадии «1а».

Диагноз ХП с клинической манифестацией устанавливается при клинических проявлениях. При этом различают определенные стадии.

I стадия характеризуется абдоминальной болью без панкреатической недостаточности: а) рецидив острого панкреатита (между эпизодами острого панкреатита боль отсутствует); б) рецидивирующая либо постоянная боль (в том числе и между эпизодами острого панкреатита); с) I а/б характеризует течение ХП с тяжелыми осложнениями.

II стадия характеризуется экзо- и эндокринной недостаточностью ПЖ: а) изолированная внешнесекреторная (или внутрисекреторная) недостаточность ПЖ (без боли); б) изолированная экзокринная (или эндокринная) недостаточность ПЖ (с болевым синдромом); с) II а/б — стадия с тяжелыми осложнениями. Следовательно, вторая стадия характеризуется как эндо-, так и экзокринной недостаточностью как с абдоминальным болевым синдромом, так и без него. Как правило, сначала развиваются симптомы внешнесекреторной недостаточности ПЖ. Манифестация функциональной недостаточности с симптоматикой сахарного диабета встречается редко (иногда при алкогольном и тропическом панкреатите).

III стадия характеризуется экзо- и эндокринной недостаточностью ПЖ в сочетании с абдоминальной болью: а) экзокринная и эндокринная недостаточность железы (с болью, требующей применения анальгетиков); б) стадия с тяжелыми осложнениями.

IV стадия характеризуется изменениями интенсивности болевого синдрома (стадия «перегорания» ПЖ): а) экзокринная и эндокринная недостаточность железы при отсутствии боли без тяжелых осложнений; б) экзокринная и эндокринная недостаточность железы при отсутствии боли, но с тяжелыми осложнениями. При этой стадии абдоминальная боль может совсем исчезнуть или значительно уменьшиться (чаще после 10 лет). Считается, что данная клиника обусловлена фиброзом и развитием функциональной недостаточности. Кроме того, причиной может быть деструкция нервных элементов тканей органа.

Важным моментом можно считать включение в классификацию «определенного» и «возможного» панкреатита (диагностические критерии были разработаны в 1997 году в Цюрихе). К «определенному» панкреатиту отнесены кальцификация ПЖ, умеренные или тяжелые изменения панкреатических протоков железы (согласно Кембриджской классификации); значительно выраженная

экзокринная недостаточность ПЖ (например, стеаторея, значительно уменьшающаяся при лечении ферментными препаратами); типичная для ХП гистологическая картина.

Диагностировать «возможный» панкреатит позволяет наличие одного или нескольких из следующих критериев: легкие изменения структуры протоков; псевдокиста(ы) — постоянная или рецидивирующая; патологические результаты функциональных тестов (показателей фекальной эластазы 1, секретинового теста, секретин-панкреазиминового теста); эндокринная недостаточность (например, патологические результаты теста на толерантность к глюкозе).

В данную классификацию введена категория «пограничный» ХП. Это ХП, протекающий с типичной симптоматикой, но при отсутствии критериев «возможного» и «определенного». Диагностируется при развитии первого эпизода острого панкреатита в случае наличия или отсутствия следующих факторов: семейный анамнез с указанием на заболевания ПЖ в семье и у ближайших родственников; наличие факторов риска, указанных в классификации M-ANNHEIM. Пациентов, относящихся к данной категории, необходимо тщательно обследовать и наблюдать с целью своевременного выявления ранних симптомов заболевания, используя при этом эндоскопическую эхографию.

Согласно классификации M-ANNHEIM введена балльная оценка особенностей течения ХП, его тяжести. Балльная оценка разработана по примеру таковой при болезни Крона и некоторых заболеваниях печени. Она помогает определиться с тактикой лечения и оценить прогноз. После заполнения оценочной балльной системы M-ANNHEIM баллы суммируются. Сумма баллов составляет индекс тяжести. Так, градация панкреатической боли проводится по сумме баллов и по необходимости назначения наркотических анальгетиков. К примеру, если выставляется 2 балла, то необходимо назначать наркотические анальгетики (за рубежом наркотические средства применяют более широко). Если при этом регистрируются периодические панкреатические атаки острого панкреатита, то выставляется 3 балла. Таким образом, в сумме тяжесть абдоминального болевого синдрома оценивается в 5 баллов.

Важно, что к расчету индекса тяжести отнесены хирургические вмешательства на ПЖ и все тяжелые осложнения, начиная с первых клинических проявлений вплоть до всего анамнестического периода. Если у пациента было 2 и более тяжелых осложнений, то каждое из них отдельно должно включаться в расчет индекса тяжести.

Поскольку тесты, оценивающие внешнесекреторную функцию ПЖ, недостаточно чувствительны для выявления легкой и умеренной экзокринной недостаточности, то периодическое послабление стула в сочетании с панкреатическим характером испражнений (даже при нормальных показателях тестов) трактуется как секреторная недостаточность и оценивается 1 баллом. Доказано, что эндокринная недостаточность должна оцениваться 2 баллами.

Такие тяжелые осложнения, как асцит, кровотечения, псевдоаневризма, стеноз двенадцатиперстной

кишки, стеноз холедоха различной степени, панкреатический свищ оцениваются в 1 и 2 балла, поскольку они обратимы.

Осложнения, указывающие на необратимость морфологических изменений в ПЖ (тромбоз воротной, селезеночной вен с портальной гипертензией или без нее, рак ПЖ), оцениваются 4 баллами.

Рассматривая вопрос об осложнениях, хотелось бы остановиться на пересмотренных положениях Атлантской классификации острых панкреатитов и их осложнений, внесенных Международной рабочей группой в 2012 г., поскольку они важны и для общетерапевтической практики. Согласно данным положениям различают 2 типа острого панкреатита: интерстициальный отечный и некротический [5, 7].

Диагноз некротического панкреатита устанавливается в случае некроза паренхимы железы, некроза перипанкреатических тканей или в случае их сочетания. Реже встречается только некроз перипанкреатических тканей и совсем редко — только некроз железы.

Дано определение тяжести течения. Различают острый панкреатит *средней тяжести* — когда отсутствует органная недостаточность и локальные или системные осложнения; острый панкреатит *умеренной тяжести* характеризуется наличием транзиторной органной недостаточности, локальными или системными осложнениями; *тяжелый* острый панкреатит характеризуется транзиторной органной недостаточностью, поэтому пациенты имеют одно или более локальных осложнений.

На развитие тяжести органной дисфункции влияют респираторная, кардиоваскулярная система и быстрота развития острой почечной недостаточности. К локальным осложнениям отнесены острые перипанкреатические скопления жидкости, псевдокисты ПЖ, острые постнекротические скопления жидкости, отграниченный очаг панкреонекроза (стерильный или инфицированный). Клинически на наличие локальных осложнений указывают повторные эпизоды боли в животе, повторные повышения температуры тела, активности ферментов ПЖ, прогрессирование органной дисфункции или развернутая картина сепсиса (летальность при этом может достигать 80%).

Следует подчеркнуть, что термины «панкреатический абсцесс» и «интрапанкреатическая киста» не включены в классификацию 2012 г.

В данной классификации выделены две фазы развития осложнений: *ранняя* (в течение первой недели) и *поздняя* (разворачивается в сроки от недели до месяца). В первую фазу активизируется «цитокиновая буря», которая приводит к синдрому воспалительного ответа на повреждение с развитием органной дисфункции или полиорганной недостаточности. В поздней стадии развивается полиорганная патология с локальными очагами повреждения, что обуславливает негативный прогноз. Важно, что первая фаза диагностируется по клинике, а вторая — морфологически — на основе данных КТ с контрастным усилением и учетом клинической стадии.

Важным изменением в данной классификации является классификация различных панкреатических

**Таблиця 1**

Оценочная балльная система M-ANNHEIM (для оценки тяжести ХП)

Особенности ХП		Оценка, пункты
Боль		
При отсутствии лечения боли нет	Нет необходимости в назначении лекарств от боли	0
Рецидивирующий острый панкреатит	Между эпизодами острого панкреатита боли нет	1
Боль исчезает при назначении препаратов	При приеме анальгетиков и/или проведении эндоскопического лечения боль исчезает	2
Периодическая боль	Существуют периоды, когда боль отсутствует, независимо от наличия или отсутствия медикаментозного лечения; возможны эпизоды острого панкреатита	3
Постоянная боль	Больные постоянно жалуются на боль, независимо от проводимого лечения; возможны эпизоды острого панкреатита	4
Контроль боли		
Нет необходимости в назначении лекарственных средств		0
Необходимы ненаркотические или слабо наркотические анальгетики		1
Необходимы сильные опиоидные анальгетики или эндоскопическое вмешательство		2
Хирургические вмешательства		
Хирургическое вмешательство на ПЖ по любым показаниям		4
Экзокринная недостаточность ПЖ		
Отсутствие экзокринной недостаточности		0
Наличие легкой, умеренной или необъективной экзокринной недостаточности, не требующей ферментной заместительной терапии		1
Доказанная экзокринная недостаточность (по данным функциональных тестов) или тяжелая панкреатическая недостаточность, подтвержденная количественным исследованием жира в кале (>7 г жира/24 ч), который исчезает или значительно уменьшается при приеме ферментных препаратов		2
Эндокринная недостаточность		
Отсутствие сахарного диабета		0
Наличие сахарного диабета		4
Структурные изменения ПЖ по результатам визуализации (согласно Кембриджской классификации)		
Норма		0
Сомнительный ХП		1
Легкие изменения		2
Умеренные изменения		3
Тяжелые изменения		4
Тяжелые осложнения со стороны внутренних органов		
Отсутствие осложнений		0
Обратимые изменения		2
Необратимые изменения		4

**Индекс тяжести ХП M-ANNHEIM**

Индекс тяжести	Соответствующая степень тяжести	Пункты
M-ANNHEIM A	Минимальная	0–5
M-ANNHEIM B	Умеренная	6–10
M-ANNHEIM C	Средняя	11–15
M-ANNHEIM D	Выраженная	16–20
M-ANNHEIM E	Тяжелая	Больше 20

скоплений. При остром интерстициальном отечном панкреатите скопления, не имеющие контрастной капсулы, считаются *острыми перипанкреатическими жидкостными скоплениями*. При образовании капсулы их называют *псевдокистами*. Такой процесс длится 4 недели. В свою очередь, некротический панкреатит без капсулы в течение первой недели диагностируется как *острые некротические скопления*, а в последующем при наличии капсулы диагностируется как *отграниченный некроз*. Для правильной стратегии и тактики ведения больного необходимо проводить

ультразвуковое исследование или магнитно-резонансную томографию для установления наличия нежидкостного некротического компонента.

Таким образом, в предложенных классификациях рассматриваются вопросы, связанные с этиологией, патогенезом, клиникой, в том числе осложнений, прогнозом как острого панкреатита, так и ХП (что еще раз подчеркивает ответственность врачей терапевтических и хирургических специальностей за здоровье и жизнь пациента при определении стратегии и тактики их лечения).

#### Литература:

1. Гонцарюк Д. А., Христин Т. Н., Телеки Я. М. Хронический панкреатит в сочетании с ожирением, метаболическим синдромом: возможные общие механизмы. *Сучасна гастроентерологія*. 2016. № 1 (87). С. 123–128.
2. Гонцарюк Д. О., Федів О. І. Запалення, інсулінорезистентність, ендотеліальна дисфункція за коморбідності хронічного панкреатиту та ішемічної хвороби серця, корекція лікування. Чернівці: Видавництво БДМУ, 2016. 196 с.
3. Гонцарюк Д. О., Христин Т. М., Федів О. І., Телеки Я. М. Роль С-реактивного білка в розвитку хронічної запальної реакції, атеросклерозу, інсулінорезистентності у хворих із поєднанням атеросклерозу та хронічного панкреатиту. *Практична ангіологія*. 2012. № 3–4 (52–53). С. 26–32.
4. Губергриц Н. Б., Беляева Н. В., Лукашевич Г. М., Клочков А. Е., Фоменко П. Г., Ротар А. В. Новости Европейской панкреатологии (по материалам 49-й встречи Европейского Клуба Панкреатологов, Будапешт, июнь-июль 2017). *Вестник клуба панкреатологов*. 2017. № 4 (37). С. 4–13.
5. Десятерик В. І., Крикун М. С., Францев В. П. Визначення місцевих ускладнень гострого панкреатиту в переглянутій Атлантській класифікації та їх вплив на можливі втручання. *Здоров'я України. Тематичний випуск. Гастроентерологія, гематологія, колопроктологія*. 2017. № 4 (46). С. 40–41.
6. Журавлева Л. В., Шеховцова Ю. А. Сравнительная клинико-лабораторная характеристика хронического панкреатита и его коморбидности с сахарным диабетом типа 2. *Гастроэнтерология Санкт-Петербурга*. 2018. № 3. С. 47–51.
7. Кошель А. П., Дроздов Е. С., Дибина Т. В. Псевдокисты поджелудочной железы в исходе хронического панкреатита: диагностическая и лечебная тактика. *Вестник клуба панкреатологов*. 2017. № 3 (36). С. 50–56.
8. Телеки Я. М., Христин Т. Н., Дудка Ю. О. Влияние лечения на состояние показателей системы антиоксидантной защиты и оксидативного стресса при хронической обструктивной болезни легких в сочетании с хроническим панкреатитом. *The Unity of Science*. 2015. August. С. 200–205.
9. Ферфецкая Е. В., Пиц Л. О. Качество жизни больных хроническим панкреатитом, сочетанным с ожирением и сахарным диабетом типа 2. *Гастроэнтерология Санкт-Петербурга*. 2018. № 3. С. 52–55.
10. Христин Т. Н. Значимость гормонов жировой ткани в развитии коморбидности хронического панкреатита и ожирения. *Вестник клуба панкреатологов*. 2018. № 1 (38). С. 4–9.
11. Христин Т. Н. О сочетанном течении хронического панкреатита с заболеваниями гастродуоденальной зоны. *Вестник клуба панкреатологов*. 2016. № 4 (33). С. 5–10.
12. Христин Т. Н. Персистенция хронической воспалительной реакции, ее роль в развитии хронического панкреатита, ожирения и рака поджелудочной железы. *Лікарська справа*. 2014. № II (1131). С. 3–10.
13. Щербініна М. Б. 11-й перегляд Міжнародної класифікації хвороб. Хвороби жовчного міхура, міліарного тракту та підшлункової залози. *Здоров'я України. Тематичний номер «Гастроентерологія, гематологія, колопроктологія*. 2017. № 4 (46). С. 46–47.
14. Gontsaryuk D. A., Hristich T. N. Clinical features of comorbid chronic pancreatitis and chronic heart failure. *Pancreatology. Abstracts of Combined EPC & IAP Meeting*. 2014. P. 103.

УДК 616.37-002.2(048.8)  
doi: 10.33149/vkr.2019.03.04

## RU Хронический панкреатит: о некоторых современных положениях, указанных в классификациях последних лет

Т. Н. Христин<sup>1</sup>, А. И. Федив<sup>2</sup>, Д. А. Гонцарюк<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Черновицкий национальный университет им. Ю. Федьковича

<sup>2</sup>Буковинский государственный медицинский университет, Черновцы, Украина

**Ключевые слова:** острый панкреатит, хронический панкреатит, классификации, осложнения, балльная оценка тяжести течения

В статье представлена информация о классификациях панкреатита (как хронического, так и острого), близких к клинической практике. В первую очередь освещен вопрос, касающийся непосредственно врачебной практики, — это классификация болезней и причин смерти (МКБ-11) с выделением соответствующих рубрик относительно болезней поджелудочной железы. Проводится анализ общих положений, указанных в классификации M-ANNHEIM (2007) и в Марсельско-Римской классификации с уточнениями Я. С. Циммермана и Н. Б. Губергриц (2002), использующейся клиницистами в Украине. Представлена балльная оценка определения степени тяжести хронического панкреатита согласно классификации M-ANNHEIM. Приведены дефиниции терминов «острый идиопатический панкреатит», «острый алкогольно-индуцированный панкреатит», «острый билиарный панкреатит», «острый медикаментозно-индуцированный панкреатит», «наследственный острый панкреатит». Особое внимание уделено наследственному, тропическому, аутоиммунному и обструктивному панкреатиту. Приведены критерии, определяющие степень тяжести, стадию заболевания; рассмотрены нюансы терминов «определенный», «возможный», «пограничный» хронический панкреатит. Дано определение некротического панкреатита, перечислены возможные локальные (острое перипанкреатическое скопление жидкости, образование псевдокисты поджелудочной железы, острое постнекротическое скопление жидкости, отграниченный очаг панкреонекроза) и системные осложнения. Подчеркнуто отсутствие терминов «панкреатический абсцесс» и «интрапанкреатическая киста» в классификации (2012). Авторы обратили внимание гастроэнтерологов, терапевтов, семейных врачей на необходимость прогнозирования развития осложнений, опасных для жизни пациента.

УДК 616.37-002.2(048.8)  
doi: 10.33149/vkr.2019.03.04

## UA Хронічний панкреатит: про деякі сучасні положення, вказані у класифікаціях останніх років

Т. М. Христин<sup>1</sup>, О. І. Федів<sup>2</sup>, Д. О. Гонцарюк<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Чернівецький національний університет ім. Ю. Федьковича

<sup>2</sup>Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

**Ключові слова:** гострий панкреатит, хронічний панкреатит, класифікації, ускладнення, бална оцінка тяжкості перебігу

У статті наведено інформацію про класифікації панкреатиту (як гострого, так і хронічного), наближені до клінічної практики. Насамперед висвітлено питання, яке безпосередньо стосується лікарської практики, — це класифікація хвороб та причин смерті (МКХ-11) із висвітленням рубрик про захворювання підшлункової залози. Проведено аналіз загальних положень, які вказані у класифікації M-ANNHEIM (2007) та у Марсельско-Римській класифікації з уточненнями Я. С. Циммермана і Н. Б. Губергриц (2002), що використовується клініцистами в Україні. Представлена бална оцінка визначення ступеня тяжкості хронічного панкреатиту відповідно до класифікації M-ANNHEIM. Наведено дефініції термінів «гострий ідіопатичний панкреатит», «гострий алкоголь-індукований панкреатит», «гострий біліарний панкреатит», «гострий медикаментозно-індукований панкреатит», «спадковий гострий панкреатит». Особливу увагу приділено спадковому, тропічному, аутоімунному і обструктивному панкреатиту. Наведено критерії, що визначають ступінь тяжкості, стадію захворювання; розглянуто нюанси термінів «певний», «можливий», «примежевий» хронічний панкреатит. Дано визначення некротичному панкреатиту, перераховані можливі локальні (гостре перипанкреатичне скупчення рідини, формування псевдокісти підшлункової залози, гостре постнекротичне скупчення рідини, відмежований осередок панкреонекрозу) і системні ускладнення. Підкреслено відсутність термінів «панкреатичний абсцес» і «інтрапанкреатична кіста» в класифікації (2012). Автори звернули увагу гастроентерологів, терапевтів, сімейних лікарів на необхідність прогнозування розвитку ускладнень, які загрожують життю пацієнта.

EN **Chronic pancreatitis: some modern provisions indicated in classifications of the last years**

**T. N. Hristich<sup>1</sup>, O. I. Fediv<sup>2</sup>, D. O. Hontsariuk<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Chernovtsy National University n. a. Y. Fedkovych

<sup>2</sup>Bukovinian State Medical university, Chernovtsy, Ukraine

**Key words:** acute pancreatitis, chronic pancreatitis, classifications, complications, score evaluation of the course severity

The article provides information about classifications of pancreatitis (both chronic and acute) close to clinical practice. The issue directly related to medical practice is highlighted, such as classification of diseases and causes of death (ICD-11), with appropriate headings for pancreatic diseases. The analysis of the general provisions indicated in the M-ANNHEIM classification (2007) and in the Marseilles-Rome classification with amendments by Ya. S. Tsimmerman and N. B. Gubergrits

(2002), used by the Ukrainian physicians, is analyzed. The article consist a special scale for determining the severity of chronic pancreatitis according to the classification M-ANNHEIM. The definitions of acute idiopathic pancreatitis, acute alcohol-induced pancreatitis, acute biliary pancreatitis, acute drug-induced pancreatitis, and hereditary acute pancreatitis are given. Special attention is paid to hereditary, tropical, autoimmune and obstructive pancreatitis. Criteria determining the severity, stage of the disease are given, the characteristics of the terms “defined”, “possible”, “borderline” chronic pancreatitis are considered. The definition of necrotic pancreatitis is written; possible local complications (acute peripancreatic fluid accumulations, pancreatic pseudocyst, acute postnecrotic fluid accumulations, delimited focus of pancreatic necrosis) and systemic complications are listed. The absence of the terms “pancreatic abscess” and “intrapancreatic cyst” in the classification (2012) is emphasized. The authors drew attention of gastroenterologists, therapists, family doctors to the need for prediction of the development of complications that threaten patients’ life.