

© CC BY Коллектив авторов, 2026
 УДК 616.37-002-036.11-08-035.019.941
<https://doi.org/10.24884/0042-4625-2026-185-1-114-119>

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ». ЭТАПЫ СОЗДАНИЯ

С. Ф. Багненко, А. Ю. Корольков, Д. Н. Попов*, В. Р. Гольцов

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова
 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8

Поступила в редакцию 01.07.2025 г.; принята к печати 21.01.2026 г.

В статье представлен ретроспективный взгляд на путь создания национальных клинических рекомендаций «Острый панкреатит». Поэтапно освещены все детали вопроса, начиная с исторических аспектов первых попыток систематизации знаний об остром панкреатите до современных структурированных лечебно-диагностических алгоритмов. Описаны подходы хирургических сообществ в разные эпохи развития медицины к решению вопросов о классификации, диагностике и лечения острого панкреатита. Отдельное внимание уделено роли института НИИ СП им. И. И. Джанелидзе в создании первых протоколов диагностики и лечения острого панкреатита, которые в дальнейшем стали «фундаментом» для создания современных национальных клинических рекомендаций.

Ключевые слова: острый панкреатит, лечебно-диагностические алгоритмы, национальные клинические рекомендации, история, протоколы

Для цитирования: Багненко С. Ф., Корольков А. Ю., Попов Д. Н., Гольцов В. Р. Национальные клинические рекомендации «Острый панкреатит». Этапы создания. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2026;185(1):114–119. <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2026-185-1-114-119>.

* **Автор для связи:** Дмитрий Николаевич Попов, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова Минздрава России, 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8. E-mail: dimtryp@gmail.com.

NATIONAL CLINICAL GUIDELINES «ACUTE PANCREATITIS». THE HISTORY OF CREATION

Sergey F. Bagnenko, Andrej Yu. Korolkov, Dmitry N. Popov*, Valerij R. Golczov

Pavlov University
 6-8, L'va Tolstogo str., Saint Petersburg, Russia, 197022

Received 01.07.2025; accepted 21.01.2026

The article presents a retrospective view of creating the national clinical guidelines «Acute Pancreatitis». All details of the issue are covered step by step, starting with the historical aspects of the first attempts to systematize knowledge about acute pancreatitis to modern structured treatment and diagnostic algorithms. The approaches of surgical communities in different eras of medical development to solving issues of classification, diagnosis and treatment of acute pancreatitis are described. Special attention is given to the role of the Saint Petersburg Research Institute of Emergency Medicine named after I. I. Dzhanelidze in creating of the first protocols for the diagnosis and treatment of acute pancreatitis, which later became the “foundation” for the creation of modern national guidelines.

Keywords: acute pancreatitis, treatment and diagnostic algorithms, national clinical guidelines, history, protocols

For citation: Bagnenko S. F., Korolkov A. Yu., Popov D. N., Golczov V. R. National clinical guidelines «Acute pancreatitis». The history of creation. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2026;185(1):114–119. (In Russ.). <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2026-185-1-114-119>.

* **Corresponding author:** Popov Dmitry N., Pavlov University, 6-8, L'va Tolstogo str., Saint Petersburg, 197022, Russia. E-mail: dimtryp@gmail.com.

В 1578 г. немецкий анатом S. Alberti первым в истории описал секционное наблюдение острого воспаления поджелудочной железы [1]. В те годы и вплоть до IX столетия причину острого панкре-

атита считали неизвестной, клиническую картину не характерной, а прогноз – безнадежным. С развитием медицинской науки в конце XIX в. появились первые попытки систематизировать знания

об остром панкреатите. Так, в 1870 г. американский патологоанатом Т. Klebs разработал первую классификацию острого панкреатита, а в 1889 г. F. Reginald предложил новую систематизацию воспаления поджелудочной железы, включающую пять ее морфологических форм [2, 3].

В российской практической медицине с 1983 г. основной являлась классификация В. С. Савельева [4]. Он предлагал выделять следующие формы острого панкреатита.

I. Отечный (интерстициальный) панкреатит.

II. Стерильный панкреонекроз:

– по характеру поражения: жировой, геморрагический, смешанный;

– по масштабу поражения: мелкоочаговый, крупноочаговый, субтотальный, тотальный.

В 1992 г. на Международном симпозиуме в Атланта (США) была принята классификация, основанная как на патоморфологических критериях по данным компьютерной томографии, так и на клинических проявлениях.

Классификация острого панкреатита (Атланта, 1992):

1. Острый панкреатит: а) легкий; б) тяжелый.

2. Панкреонекроз: а) стерильный; б) инфицированный.

3. Острое скопление жидкости (в ткани поджелудочной железы и в околопанкреатической клетчатке).

4. Панкреатическая ложная киста.

5. Панкреатический абсцесс.

Новым явилось введение таких понятий, как тяжесть острого панкреатит, органная недостаточность, сформулированы определения местных осложнений. Таким образом, путем создания данной классификации впервые была предпринята попытка ввести определенное единообразие в оценке клинической тяжести и различных осложнений острого панкреатита [5]. Однако В. С. Савельев и соавторы в качестве недостатка атлантской классификации отмечали, что в ней «неоправданно отсутствуют такие грозные осложнения панкреонекроза, как «септическая» флегмона забрюшинного пространства различной локализации (парапанкреатической, параколической, паранефральной, клетчатки малого таза) и бактериальный (фибринозно-гнойный) перитонит». В 2000 г. на IX Всероссийском съезде хирургов в г. Волгограде в рамках алгоритма диагностики и лечения ОП была принята новая классификация, учитывающая и некоторые положения Атланты [6]. Тем временем, с накоплением данных выявились и ее недостатки, появились предложения по пересмотру и дополнению атлантской классификации [14–16].

На волне развития идей систематизации тяжести острого панкреатита и разработки алгоритмов и стандартов его лечения в 1981 г. на базе отделения панкреатологии Санкт-Петербургского госу-

дарственного научно-исследовательского института скорой помощи имени И. И. Джанелидзе был организован научно-практический панкреоцентр, который в период с 1981 по 1993 гг. возглавлял профессор В. И. Филин, а с 1993 по 2004 гг. – профессор А. Д. Толстой. Основной целью клинической и научной работы центра было снижение летальности при остром панкреатите, особенно в случаях развития его деструктивных форм и сепсиса.

Так, под руководством А. Д. Толстого на основании опыта лечения более 10 000 пациентов с верифицированным диагнозом острого панкреатита были сформулированы первые единые «*Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита*». В них было дано определение заболевания, впервые обозначены его клинические формы (тяжелый и нетяжелый), а также выделены фазы течения (ферментативная, реактивная и фаза расплавления и секвестрации) и определены их сроки начала.

В зависимости от фазы течения острого панкреатита разработаны протоколы диагностики и лечения. Основной акцент в диагностике острого панкреатита был сделан на оценке клинической симптоматики, а также лабораторных и инструментальных признаков. Так, согласно протоколу диагностики в ферментативной фазе следовало оценивать типичный болевой синдром, амилаземия, УЗ-признаки острого панкреатита (увеличение размеров, снижение эхогенности, нечеткость контуров, наличие свободной жидкости в брюшной полости), определять признаки острого панкреатита при лапароскопии и оценивать активность амилазы ферментативного экссудата. Результатом обобщения и систематизации этих клинико-лабораторных признаков стало создание «Шкалы экспресс-оценки тяжести острого панкреатита СПб НИИ СП им. И. И. Джанелидзе – 2006», которая используется в клинической практике и по сей день. В конце второй недели заболевания рекомендовалось выполнение компьютерной томографии брюшной полости для оценки возможных исходов реактивной фазы.

Центральным моментом разработанных протоколов являлся отказ от ранних хирургических вмешательств у подавляющего большинства пациентов с острым панкреатитом, альтернатива которым состоит в ранней «обрывающей» интенсивной терапии. При лечении нетяжелого панкреатита рекомендовалось проведение антисекреторной, спазмолитической, антиферментной терапии, местной гипотермии, зондирование и аспирация желудочного содержимого. При отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение 6 месяцев и наличии хотя бы одного из признаков тяжелого панкреатита следует констатировать тяжелый панкреатит и переводить больного в отделение реанимации. Так, ранее проводимая терапия дополняется экстракорпоральными методами детоксикации, антибактериальной терапией широкого спектра действия. При этом при

билиарном панкреатите показано выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомия. При развитии гнойных осложнений основным методом санации гнойно-некротических очагов являлась некрсеквестрэктомия, которая могла быть выполнена одномоментно или многоэтапно, традиционными открытыми доступами или с использованием миниинвазивных методов.

12 марта 2004 г. разработанные протоколы были утверждены Ассоциацией хирургов Санкт-Петербурга и представлены медицинской обществу 17 марта 2004 г. на заседании «Круглого стола» в СПб НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе. Пятилетняя апробация тактики, изложенной в протоколах, с 1999 по 2003 гг. позволила снизить летальность от деструктивного панкреатита с 25 % до 13,6 %, частоту гнойных осложнений с 30 % до 14 % и частоту развития сепсиса с 9,5 % до 4,8 % [8]

В течение последующих 10 лет хирургическое сообщество города Санкт-Петербурга активно применяло вышеописанные протоколы на практике и сочло их крайне информативными и полезными в работе.

Дальнейшее развитие систематизации накопленных знаний и опыта в лечении острого панкреатита продиктовало необходимость коллегиального обсуждения перспективы создания национальных клинических рекомендаций. И такое обсуждение состоялось 30 октября 2014 г. в ходе круглого стола и совместного заседания Российского общества хирургов и ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Во время обсуждения выступали ведущие специалисты России в области абдоминальной и гепатопанкреатобилиарной хирургии, а также анестезиологии и реанимации: главный хирург МЗ РФ, директор Института хирургии им. А. В. Вишневского, академик РАН В. А. Кубышкин, президент Российского общества хирургов академик РАН И. И. Затевахин, главный хирург МЗ РФ по СЗФО, ректор ПСПбГМУ им. И. П. Павлова академик РАН С. Ф. Багненко, Президент Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ профессор В. А. Вишневский, профессор М. В. Данилов, почетный президент Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ профессор Э. И. Гальперин, президент ассоциации анестезиологов-реаниматологов академик РАН Ю. С. Полушин. В обсуждении также принимали участие академик РАН Н. А. Майстренко, главный хирург Уральского ФО профессор М. И. Прудков, главный хирург Санкт-Петербурга профессор П. К. Яблонский, главный хирург Москвы профессор А. В. Шабунин, председатель Санкт-Петербургского отделения РОХ профессор М. П. Королев, профессор М. И. Филимонов, профессор П. Н. Зубарев, профессор Т. Г. Дюжева и профессор В. Г. Ившин. Вектор идей и основных положений будущих на-

циональных клинических рекомендаций «Острый панкреатит», заложенный в ходе этих обсуждений, был продолжен и развит на Пленуме правления ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, который проходил в городе Самара с 21 по 22 мая 2015 г., а также на XII международном конгрессе ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ с 7 по 9 сентября 2015 г. в городе Ташкент (Узбекистан).

Окончательный вариант *национальных клинических рекомендаций «Острый панкреатит»* был сформирован и утвержден в ходе XII съезда хирургов России в городе Ростов-на-Дону 8 октября 2015 г.

По итогу, в основе этих клинических рекомендаций была сохранена структура и основные идеи «Протоколов диагностики и лечения острого панкреатита», написанных в 2004 г. в НИИ СП им. И. И. Джанелидзе. Однако при этом были внесены и существенные дополнения. Так, в терминологию были добавлены такие понятия, как «некротический панкреатит (панкреонекроз)», «перипанкреатический инфильтрат», «псевдокиста поджелудочной железы», «стерильный панкреонекроз» и «инфицированный панкреонекроз». Параллельное развитие и систематизация знаний об интенсивной терапии острого панкреатита в обществе анестезиологов и реаниматологов также продиктовало необходимость введения в терминологию таких определений, как «органная недостаточность», «транзиторная органная недостаточность», «персистирующая органная недостаточность», «полиорганная недостаточность».

Одним из основных моментов созданных клинических рекомендаций стало введение классификации острого панкреатита по степени тяжести (легкий, средний, тяжелый) и ее критериев. В патогенезе течения заболевания было решено выделить две фазы (раннюю и позднюю) и I фазу разделить на IA и IB в зависимости от, соответственно, 1 или 2 недели течения патологического процесса.

Протоколы диагностики и лечения не претерпели существенных изменений по сравнению с 2004 г.: уточнены сроки выполнения компьютерной томографии брюшной полости для диагностики панкреонекроза (4–14 сутки), а при билиарном панкреатите к ЭПСТ, выполненной в течение первых 12–24 часов, рекомендовано дополнение стентирования главного панкреатического протока.

В течение последующих 5 лет созданные национальные клинические рекомендации «Острый панкреатит» активно внедрялись в повседневную практику хирургических стационаров Российской Федерации. Согласно регламенту пересмотра национальных клинических рекомендаций 21 июня 2019 г. в городе Санкт-Петербург состоялось рабочее совещание по внесению изменений в НКР по острому панкреатиту, принятых в 2015 г. совеща-

ние проводилось в Первом Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. акад. И. П. Павлова под руководством президента Российского общества хирургов академика РАН И. И. Затевахина, академика РАН С. Ф. Бagnенко, главного хирурга Минздрава РФ академика РАН А. Ш. Ревишвили, при участии ведущих хирургов-панкреатологов, реаниматологов, лучевых диагностов страны. Всего 40 экспертов и 6 ассоциаций приняли участие в обсуждении обновленного проекта: Российское общество хирургов, ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, Ассоциация анестезиологов-реаниматологов, Северо-Западная ассоциация парентерального и энтерального питания, Российское общество рентгенологов и радиологов, Санкт-Петербургское радиологическое общество. В результате был выработан консенсус по внесению изменений в действующий вариант клинических рекомендаций. После интерактивного обсуждения проекта в течение двух месяцев обновленный вариант был направлен в Министерство здравоохранения РФ, согласно порядку, изложенному в Приказе от 28 февраля 2019 г. № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации» [9].

В варианте национальных клинических рекомендаций «Острый панкреатит» 2020 г., помимо того, что были актуализированы эпидемиологические данные, изменения в первую очередь претерпела терминология. Было упразднено понятие «Гнойные осложнения» и введены определения «Острое перипанкреатическое жидкостное скопление», «Острое некротическое скопление», «Отграниченный некроз». Также были изменены определения «органный недостаточность» и «полиорганный недостаточность», что, в свою очередь, было продиктовано развитием учения о сепсисе [10]. Помимо этого, было расширено и дополнено само определение «острый панкреатит» – к понятию асептического воспаления было уточнено, что оно имеет демаркационный тип, а в основе его лежит некроз ацинарных клеток поджелудочной железы и ферментная агрессия с последующим расширяющимся некрозом и дистрофией поджелудочной железы, с присоединением вторичной инфекции. Соответственно введенным новым изменениям в терминологии уточнены определения «острый панкреатит средней степени» и «острый панкреатит тяжелой степени».

В разделе «Диагностика заболевания» по сравнению с 2015 г. выполнение компьютерной томографии было смещено в более ранние сроки (72–96 часов) и рекомендовалось при неясности диагноза и дифференциальной диагностике с другими за-

болеваниями, при необходимости подтверждения тяжести по выявленным клиническим прогностическим признакам тяжелого острого панкреатита, или при отсутствии эффекта от консервативного лечения. Основываясь на фундаментальных работах Т. Г. Дюжевой и др. (2009), хирургическим сообществом было также рекомендовано при оценке компьютерной томографии учитывать конфигурацию панкреонекроза и распространенность парапанкреатита [11]. Помимо этого, были уточнены сроки выполнения повторной компьютерной томографии (7–10 день).

В разделе «Лечение» принципиальными моментами стали отказ от ранней антибактериальной терапии и от включения в обязательную программу лечения гемофильтрации и плазмофильтрации.

Помимо вышеуказанных изменений в национальные клинические рекомендации «Острый панкреатит» 2020 г. согласно приказу от 28 февраля 2019 г. № 103н были добавлены следующие разделы: «Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации», «Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики», «Организация оказания медицинской помощи», «Критерии оценки качества медицинской помощи», «Алгоритмы действий врача», «Информация для пациента», «Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях».

Следуя установленному регламенту, в 2024 г. состоялась очередная пересмотр текущих национальных клинических рекомендаций. Согласно имеющимся нормативным документам о порядках и сроках разработки клинических рекомендаций в очередном пересмотре была добавлена информация по особенностям диагностики и лечения острого панкреатита у детей. Помимо этого, актуализированы данные по эпидемиологии, в разделе «Инструментальные исследования» уточнено, что для прогнозирования некроза и его конфигурации в 1–2-й день болезни, где имеется возможность, допустимо выполнение перфузионной компьютерной томографии, а ранние сроки выполнения МРТ или КТ смещены до 24–96 часов. В разделе «Хирургическое лечение» было добавлено определение ферментативного целлюлита и описаны особенности его диагностики и нюансы техники при хирургическом вмешательстве. При этом стоит обратить внимание, что лапароскопическая декомпрессия забрюшинной клетчатки рекомендовалась еще в «Протоколах диагностики и лечения острого панкреатита» от 2004 г., тогда как в последующих вариантах НКР данный способ оперативного лечения отражен не был. Также были увеличены максимальные сроки выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии с 6–12 до 6–24 часов, что

связано с уточнением потоков маршрутизации данной категории больных. Так, в случае невозможности выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии рекомендуется предпринять меры для эвакуации на следующий уровень оказания медицинской помощи, а для снижения уровня внутрипротоковой гипертензии допустимо выполнить декомпрессию желчевыводящих путей. Помимо этого, основываясь на работах академика РАН А. В. Шабунина, было рекомендовано использовать технологию типирования гнойно-деструктивных осложнений панкреонекроза, позволяющую установить поражение забрюшинных клетчаточных пространств и выбрать оптимальный хирургический доступ [12].

Заключение. На всех исторических этапах развития хирургии острый панкреатит оставался одним из самых сложных, тяжелых и непредсказуемых по течению заболеваний. В попытках снижения показателей летальности, наряду с развитием медикаментозной терапии и созданием новых оперативных технологий, хирургическое сообщество непрерывно совершенствовало подходы к систематизации этого патологического процесса, унифицируя классификации и стандартизируя лечебно-диагностические алгоритмы.

Современные национальные клинические рекомендации представляют собой квинтэссенцию последних достижений в диагностике и лечении острого панкреатита. Они прошли путь от протоколов, созданных в 2004 г. в НИИ СП им И. И. Джанелидзе, до текущего варианта 2024 г., претерпев несколько пересмотров. При этом труды, написанные в Институте скорой помощи под руководством А. Д. Толстого, стали «фундаментом», заложившим основные идеи систематизации патологического процесса, диагностики и лечения, и современный вариант НКР являет собой «надстройку» на этот «фундамент» из усовершенствованных со временем методов диагностики и хирургических технологий.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сергеев Д. И., Калягин Н. И. Исторические аспекты лечения панкреонекроза. Актуальные вопросы хирургии: от теории к практике: материалы III всероссийской научно-практической конференции молодых ученых и студентов, посвященной памяти профессора А. М. Волковой, 27 ноября 2015 г. Екатеринбург, ООО «Типография для Вас», 2015. С. 115–121.
2. Pannala R., Kidd M., Modlin I. Acute Pancreatitis A Historical Perspective. *Pancreas*. 2009. Vol. 38, № 4. P. 355–66. <https://doi.org/10.1097/MPA.0b013e318199161c>.
3. Leach S. D., Gorelick F. S., Modlin I. M. Acute pancreatitis at its centenary. The contribution of Reginald Fitz. *Ann Surg*. 1990. Vol. 212, № 1. P. 109–113. <https://doi.org/10.1097/0000658-199007000-00014>.
4. Савельев В. С., Буянов В. М., Огнев Ю. В. Острый панкреатит. М.: Медицина, 1983. 239 с.
5. Bollen T. L., Santvoort H. C., Besselink M. G. et al. The Atlanta Classification of acute pancreatitis revisited. *British J. of Surgery*. 2008. Vol. 95. P. 6–21. <https://doi.org/10.1002/bjs.6010>.
6. Савельев В. С., Филимонов В. И., Гельфанд Б. Р. Деструктивный панкреатит: алгоритм диагностики и лечения. *Collisium medicum*. 2001. № 2. С. 273–279.
7. Banks P. A., Freeman M. L. Practice Guidelines in Acute Pancreatitis. *Am. J. Gastroenterol*. 2006. Vol. 101. № 10. P. 2379–2400. <https://doi.org/10.1111/j.15720241.2006.00856.x>.
8. Багненко С. Ф., Толстой А. Д., Краснорогов В. Б. и др. Острый панкреатит (Протоколы диагностики и лечения). СПб НИИ СП имени И. И. Джанелидзе, 2004. 12с.
9. Приказ от 28 февраля 2019 г. № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324276/ (дата обращения: 20.01.26).
10. Singer M., Deuschman C. S., Seymour C. W. et al. The Third International Consensus definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016. Vol. 315, № 8. P. 801–810. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>.
11. Дожева Т. Г., Джус Е. В., Рамишвили В. Ш. и др. Ранние КТ-признаки прогнозирования различных форм парапанкреонекроза. *Анналы хирургической гепатологии*. 2009. Т. 14, № 4. С. 54–63.
12. Шабунин А. В., Бедин В. В., Лукин А. Ю. и др. Результаты внедрения современной хирургической тактики лечения острого панкреатита тяжелой степени. *Московский хирургический журнал*. 2018. № 3. С. 23–24.

REFERENCES

1. Sergeev D. I., Kalyagin N. I. Historical aspects of pancreatic necrosis treatment. Current issues in surgery: from theory to practice: Proceedings of the III All-Russian scientific and practical conference of young scientists and students dedicated to the memory of Professor A. M. Volkova, November 27, 2015. Yekaterinburg, ООО "Tipografiya dlya Vas", 2015, P. 115–121. (In Russ.).
2. Pannala R., Kidd M., Modlin I. Acute Pancreatitis A Historical Perspective. *Pancreas*. 2009;38(4):355–66. <https://doi.org/10.1097/MPA.0b013e318199161c>.
3. Leach S. D., Gorelick F. S., Modlin I. M. Acute pancreatitis at its centenary. The contribution of Reginald Fitz. *Ann Surg*. 1990;212(1):109–113. <https://doi.org/10.1097/0000658-199007000-00014>.
4. Saveliev V. S., Buyanov V. M., Ognev Yu. V. Acute pancreatitis. Moscow: Meditsina, 1983. 239 p. (In Russ.).
5. Bollen T. L., Santvoort H. C., Besselink M. G. et al. The Atlanta Classification of acute pancreatitis revisited. *British J. of Surgery*. 2008; 95:6–21. <https://doi.org/10.1002/bjs.6010>.
6. Saveliev V. S., Filimonov V. I., Gelfand B. R. Destructive pancreatitis: diagnostic and treatment algorithm. *Collisium medicum*. 2001;(2):273–279. (In Russ.).
7. Banks P. A., Freeman M. L. Practice Guidelines in Acute Pancreatitis. *Am. J. Gastroenterol*. 2006;101(10):2379–2400. <https://doi.org/10.1111/j.15720241.2006.00856.x>.
8. Bagненко S. F., Tolstoy A. D., Krasnorogov V. B. et al. Acute pancreatitis (diagnosis protocols). St. Petersburg Research Institute of Emergency Medicine named after I. I. Dzhanelidze, 2004. 12 p. (In Russ.).
9. Order of February 28, 2019 No. 103n "On approval of the procedure and terms for the development of clinical guidelines, their revision, the standard form of clinical guidelines and requirements for their structure,

- composition and scientific validity of the information included in clinical guidelines". URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324276 (accessed: 20.01.26). (In Russ.).
10. Singer M., Deuschman C. S., Seymour C. W. et al. The Third International Consensus definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315(8):801–810. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>.
11. Dyuzheva T. G., Dzhus E. V., Ramishvili V. Sh. et al. Early CT signs of predicting various forms of parapancreatic necrosis. *Annals of surgical hepatology*. 2009;14(4):54–63. (In Russ.).
12. Shabunin A.V., Bedin V.V., Lukin A.Yu., et al. Results of the implementation of modern surgical tactics for the treatment of severe acute pancreatitis. *Moscow surgical journal*. 2018;(3):23–24. (In Russ.).

Информация об авторах:

Бажненко Сергей Федорович, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, ректор, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-6380-137X; **Корольков Андрей Юрьевич**, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела общей и неотложной хирургии НИИ хирургии и неотложной медицины, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0001-7449-6908; **Попов Дмитрий Николаевич**, зав. отделением, врач-хирург хирургического отделения № 4 (неотложной хирургии), Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0001-6995-4601; **Гольцов Валерий Ремирович**, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры хирургии факультетской с курсом лапароскопической хирургии и сердечно-сосудистой хирургии с клиникой Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-1321-3510.

Information about authors:

Bagnenko Sergey F., Dr. of Sci. (Med.), Professor, Academician of the RAS, Rector, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-6380-137X; **Korolkov Andrej Yu.**, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of General and Emergency Surgery of the Research Institute of Surgery and Emergency Medicine, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-7449-6908; **Popov Dmitry N.**, Head of the Department, Surgeon of the Surgical Department № 4 (Emergency Surgery), Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-6995-4601; **Golczov Valerij R.**, Dr. of Sci. (Med.), Associate Professor, Professor of the Department of Faculty Surgery with courses in Laparoscopic and Cardiovascular Surgery with the Clinic, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-1321-3510.