ПРЕДИКТОРЫ И КЛАССИФИКАЦИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

А.В. Федоров1, В.Н. Эктов2, М.А. Ходорковский2

1. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия;

2. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия.

Тяжелая форма острого панреатита, относится к опасным для жизни заболеваниям с показателями смертности около 15%. При развитии инфицированного некротизирующего панкреатита, осложненного развитием органной недостаточности, летальность составляет 35,2%. В связи с тем, что острый панкреатит является очень изменчивым патологическим процессом, приводящим к широкому спектру клинических исходов, прогнозирование тяжести заболевания и раннее выявление пациентов с риском развития тяжелых осложнений имеет решающее значение для оптимизации результатов лечения этого заболевания. В настоящее время нет однозначно точных и практически доступных лабораторных тестов для прогнозирования степени тяжести пациентов с острым панкреатитом. В обзоре представлены данные литературы о терминологии и классификациях тяжести острого панкреатита с учетом возможностей их практического применения. Подробно изложена информация о клинических шкальных системах оценки тяжести острого панкреатита с оценкой их эффективности прогнозирования различных исходов лечения. Представлены характеристики и возможности различных лабораторных маркеров в оценке органной недостаточности и диагностике системных осложнений острого панкреатита. По мнению ведущих специалистов, для наилучшей оценки тяжести острого панкреатита необходимо использовать мультидисциплинарное клиническое обследование больных и комбинацию различных инструментов прогнозирования.

*Ключевые слова:* острый некротизирующий панкреатит, клинические системы оценки тяжести

Автор для связи: Эктов Владимир Николаевич – ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, 394036, Россия, Воронеж, ул. Студенческая, 10. E-mail: ektov.vladimir@yandex.ru

PREDICTORS AND CLASSIFICATIONS OF THE DEGREE OF SEVERITY OF ACUTE PANCREATITIS (review of literature)

Andrei V. Fedorov1, Vladimir N. Ektov2, Mark A. Khodorkovskiy2

1. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

2. Burdenko Voronezh State Medical University, Voronezh, Russia

Severe acute panreatitis is a life-threatening disease with mortality rates of about 15%. With the development of infected necrotizing pancreatitis, complicated by the development of organ failure, the mortality rate is 35.2%. Due to the fact that acute pancreatitis is a highly variable pathological process, leading to a wide range of clinical outcomes, predicting the severity of the disease and early identification of patients at risk of developing severe complications is critical to optimize treatment outcomes for this disease. Currently, there are no uniquely accurate and practically available laboratory tests to predict the severity of patients with acute pancreatitis.The review presents literature data on the terminology and classifications of the severity of acute pancreatitis, taking into account the possibilities of their practical application. Information on clinical scale systems for assessing the severity of acute pancreatitis with an assessment of their effectiveness in predicting various treatment outcomes is presented in detail. The characteristics and capabilities of various laboratory markers in the assessment of organ failure and diagnosis of systemic complications of acute pancreatitis are presented. Currently, for the best assessment of the severity of acute pancreatitis, it is necessary to use a multidisciplinary clinical examination of patients and a combination of various predictive tools.

*Key words:* acute necrotizing pancreatitis , clinical scoring systems

Corresponding author: Vladimir N. Ektov, Burdenko Voronezh State Medical University, 10, Studencheskaya str., Voronezh, 394036, Russia.

E-mail: ektov.vladimir@yandex.ru

Острый панкреатит (ОП) в настоящее время является ведущей причиной госпитализации по поводу заболеваний желудочно-кишечного тракта [1, 2]. Тяжелая форма ОП, составляющая около 20% больных, относится к опасным для жизни заболеваниям с показателями смертности около 15% [3]. При развитии инфицированного некротизирующего панкреатита, осложненного развитием органной недостаточности, летальность составляет 35,2% [4]. В связи с тем, что острый панкреатит является очень изменчивым патологическим процессом, приводящим к широкому спектру клинических исходов, прогнозирование тяжести заболевания и раннее выявление пациентов с риском развития тяжелых осложнений имеет решающее значение для оптимизации результатов лечения этого заболевания [5].

Первоначальная клиническая оценка и предварительная стратификации риска развития тяжелых осложнений у пациентов с ОП осуществляется посредством подробного сбора анамнеза и тщательного физикального обследования больных. Ожирение рассматривается как серьезный фактор риска развития местных и системных осложнений ОП [6,7]. Пациенты с индексом массы тела более 30 подвержены значительному риску развития органной недостаточности, некроза поджелудочной железы и высокой летальности [6]. Это подтверждается данными о роли липотоксичности в распространении системного воспаления, когда при высоком проценте интрапанкреатического жира ненасыщенные жирные кислоты индуцируют образование медиаторов воспаления, которые в конечном итоге могут привести к смерти клеток [8]. Другими факторами риска тяжелых осложнений и повышенной летальности при ОП являются мужской пол, пожилой возраст(>65 лет), сопутствующие хронические заболевания, измеряемые индексом сопутствующей патологии Чарлсона (Charlson comorbidity index) [9,10] . Вместе с тем установлено, что возможности только клинической оценки рисков тяжести ОП ограничены, так как они располагают низкой чувствительностью - менее 50% [11].

*Определения и категории степени тяжести острого панкреатита*

Первая классификация степеней тяжести ОП была опубликована в 1983 году по результатам международного симпозиума в Кембридже [12]. При оценке тяжести ОП были выделены две степени - «легкий» и «тяжелый» ОП. «Тяжелый» ОП был определен как мультисистемная недостаточность и / или ранние или поздние местные осложнения, а «легкий» - как отсутствие мультисистемной недостаточности с несложненным восстановлением. К местным осложнениям ОП были отнесены: панкреатическая флегмона, псевдокиста и абсцесс.[13].

В Марсельской классификации (1984) сделан акцент на характеристику морфологических особенностей ОП [14]. «Тяжелый» ОП был определен как обширный пери- и внутрипанкреатический некроз, паренхиматозный некроз и локализованное или диффузное кровоизлияние и «сохраняющиеся рубцы и псевдокисты». «Легкий» ОП характеризуется перипанкреатическим жировым некрозом и интерстициальным отеком, отсутствием некроза паренхимы поджелудочной железы . В классификации также указывалось на возможное нарушение экзо- и эндокринной функции поджелудочной железы. Марсельская классификация на конференции в Риме в 1988 году была расширена за счет включения в нее панкреатических и перипанкреатических скоплений. В результате определение «тяжелый» ОП характеризовалось как «обширный пери- и внутрипанкреатический некроз, паренхиматозный некроз и кровоизлияние, локализованное или диффузное, скопления перипанкреатической жидкости, инфицированный некроз, образование псевдокист или абсцессов» [15].

В 1992 году симпозиум в Атланте попытался разработать классификацию степеней тяжести ОП, подходящую как для повседневной клинической практики, так и для сравнительных междисциплинарных исследований. В классификации Атланты так же определены две категории тяжести ОП и добавлены некоторые специальные определения, касающиеся острого скопления жидкости, некроза поджелудочной железы, псевдокисты и абсцесса поджелудочной железы. Было рекомендовано использовать инструменты оценки тяжести состояния больного, такие как шкала APACHE II и критерии Рэнсона. В результате было установлено, что «тяжелый» ОП определяется как состояние, «связанное с органной недостаточностью и/или местными осложнениями, такими как некроз, абсцесс или псевдокиста, которое характеризуются тремя и более баллами критерия Рэнсона или восемью и более баллами шкалы APACHE II ». Легкий ОП характеризовался как панкреатит, «связанный с минимальной органной дисфункцией и неосложненным восстановлением и отсутствием признаков тяжелого ОП». Этот подход демонстрирует распространенную ошибку, когда классификация тяжести приравнивается к прогнозированию тяжести ОП [16].

Пересмотр оригинальной классификации Атланта - 1992 был связан с новыми достижениями в понимании патофизиологии ОП и, в частности, роли системных осложнений. Кроме наличия или отсутствия органной недостаточности в оценке тяжести ОП признается роль количества органов с развившейся дисфункцией, время начала и продолжительность органной недостаточности . В частности, было показано, что органная недостаточность, сохраняющаяся более 48 часов, связана со значительным увеличением смертности у пациентов с ОП. Органная недостаточность определяется на основании использования модифицированной шкалы Маршалла [17]. Модифицированная шкала Маршалла имеет преимущества простоты, универсальности применения, способности легко и объективно стратифицировать тяжесть заболевания. Система подсчета Маршалла предпочтительнее системы оценки SOFA, которая больше предназначена для пациентов с сепсисом, находящихся в отделении неотложной помощи, и учитывает использование инотропных и респираторных методов поддержки [18]. В пересмотренной классификации Атланта - 2012 предлагается использовать 3 категории тяжести ОП: легкий, умеренно-тяжелый и тяжелый [19]. Легкий острый панкреатит - нет органной недостаточности, нет местных или системных осложнений; умеренно-тяжелый острый панкреатит - преходящая (транзиторная) органная недостаточность, которая разрешается в течение 48 часов и/или местные или системные осложнения без стойкой органной недостаточности; тяжелый острый панкреатит - стойкая (персистирующая) недостаточность органов (более 48 часов): недостаточность одного органа, полиорганная недостаточность.

В 2012 году на специальном симпозиуме Международной ассоциации панкреатологов была обсуждена и опубликована классификация степеней тяжести ОП на основе детерминант, предлагающая использовать 4 категории тяжести - легкий, умеренно-тяжелый, тяжелый и критический [20]. Эта система классификации основана на факторах, которые причинно связаны с тяжестью ОП. Эти факторы называются «детерминантами» и включают в себя как местные, так и системные показатели. Местные факторы тяжести ОП определяются развитием (пери)панкреатического некроза, системные факторы тяжести - развитием органной недостаточности. Классификация степеней тяжести ОП на основе детерминант подчеркивает важную роль инфицированных форм панкреонекроза в оценке тяжести ОП и предлагает использовать термин «критической» степени тяжести заболевания при сочетании у пациента стойкой органной недостаточности и инфицированных местных осложнений. Вместе с тем, признавая значение инфицированных форм жидкостных скоплений в формировании неблагоприятных исходов ОП, трудно согласиться с предложением относить все случаи инфицированных местных осложнений - даже без развития органной недостаточности – к «тяжелым» формам ОП.

Валидизация различных классификаций тяжести ОП (оригинальная классификация Атланта - 1992, пересмотренная классификация Атланта - 2012, классификация на основе детерминант) показала, что классификация Атланта - 2012 и классификация на основе детерминант значительно превосходят по качеству прогнозирования тяжести острого панкреатита оригинальную классификацию Атланта-1992 и демонстрируют схожую точность в оценке различных клинических результатов лечения – необходимость чрескожного дренирования или хирургического вмешательства, госпитальной летальности, потребность и продолжительность лечения в отделении интенсивной терапии, развитие серьезных осложнений и необходимость хирургических вмешательств [21-23]. Существует рекомендация считать эти две системы классификации (классификация Атланта-2012 и классификация на основе детерминант) аналогичными в установлении диагноза и степени тяжести ОП [24]. Но следует отметить,что, в отличие от Атланта-2012, классификация тяжести на основе детерминант требует использование данных о статусе (пери)панкреатического некроза (стерильный или инфицированный),что трудно осуществить на ранней стадии заболевания (первая неделя) и, таким образом, не позволяет выполнить своевременную оценку тяжести ОП и проведение ранней эффективной терапии [22]. В связи с этим, в настоящее время большинство международных и национальных клинических рекомендаций по диагностике и лечению острого панкреатита рекомендует при оценке степени тяжести ОП использовать классификацию Атланта – 2012 [2, 25-27]

*Клинические системы оценки и прогнозирования тяжести острого панкреатита*

Дальнейшая стратификация рисков может быть выполнена с помощью клинических систем оценки прогнозирования тяжести ОП [13]. Первая клиническая система оценки тяжести ОП была разработана J. Ranson и его коллегами в 1974 г. Эта система включает 11 лабораторных и клинических параметров, обладающими умеренно точными характеристикамипрогнозирования. Если оценка по шкале Рэнсон равна или более 3 баллов, то вероятен тяжелый панкреатит и следующие примерные показатели смертности: оценка 3–4 балла - смертность 15%, 5–6 баллов - 40%, а 7-8 баллов - 100% [28]. Эта система оценки слишком громоздка для использования в повседневной клинической практике и не позволяет подсчитать баллы в первые 24 часа госпитализации, что не дает возможность начать своевременное лечение на основе стратификации риска. Наиболее часто используемая балльная система APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) охватывает более широкий спектр клинических данных и в отличие от шкалы Рэнсон позволяет ежедневно обновлять оценку показателей, что обеспечивает оперативный контроль за динамикой течения заболевания и эффективностью проводимого лечения. Шкала APACHE II состоит из 12 компонентов и дополнительных баллов в зависимости от возраста и наличия хронических сопутствующих заболеваний [11, 29]. Включение нескольких дополнительных критериев привели к созданию шкалы APACHE III, использующей 17 оценочных показателей [30]. Основным недостатком шкалы APACHE II является сложность выполнения всего комплекса лабораторных исследований и последующих расчетов. Модифицированная шкала Глазго, включающая 7 лабораторных параметров и возраст пациента при валидации показала несколько худшие показатели прогнозирования тяжести ОП по сравнению со шкалой Рэнсона: чувствительность - 74,5% и специфичность - 71,1% [31].

При сравнении наиболее распространенных шкальных систем оценки (Ranson, APACHE II и Glasgow) была выявлена их аналогичная точность в прогнозировании степени тяжести острого панкреатита [32]. Синдром системного воспалительного ответа (SIRS) как универсальная реакция организма на неспецифические повреждения также был исследован в качестве прогностического критерия при остром панкреатите [33, 34]. Доступность параметров, используемых для оценки SIRS, простота и возможность ежедневных расчетов, сильная корреляция полученных показателей с плохими клиническими исходами, дают основание рекомендовать использование мониторинга SIRS как важного инструмента прогнозирования развития тяжелых форм острого панкреатита [2].

Прикроватный индекс тяжести острого панкреатита (BISAP - Bedside Index of Severity in Acute Pancreatitis) включает пять клинических параметров: возраст > 60 лет, уровень мочевины крови > 25 мг/дл, SIRS =2 или более, статус психических нарушений с оценкой комы по шкале Глазго < 15 и наличие плеврального выпота [35]. Преимуществом индекса BISAP является простота расчета и возможность идентифицировать пациентов из группы риска смертности даже на ранних стадиях острого панкреатита. Оценка BISAP равная 3 или более баллам, рассчитанная в течение 24 часов после поступления, в значительной степени коррелирует с риском развития органной недостаточности и панкреатического некроза [36]. В выполненном проспективном исследовании оценка BISAP имела аналогичную точность при прогнозировании развития органной недостаточности, некроза поджелудочной железы и смертности в сравнении с шкалами Ranson и APACHE II [5]. Один из ключевых моментов этой методики заключается в том, что она помогает идентифицировать пациентов с высоким риском смерти до начала органной недостаточности [35]. Анализ лечения 303 пациентов показал, что BISAP предсказывает тяжесть, смертность и органную недостаточность при ОП как и шкала APACHE II, но лучше, чем критерии Рэнсона, компьютерно-томографический индекс тяжести, показатели С - реактивного белка, гематокрита и индекса массы тела. Оценка BISAP, равная двум баллам, имеет статистически значимое пороговое значение для диагностики тяжелого острого панкреатита, прогнозирования органной недостаточности и смертности [37]. В настоящее время индекс BISAP является одним из самых точных и применимых в первые 24 часа предикторов тяжести ОП в повседневной клинической практике благодаря своей простоте прогнозирования летальности и органной недостаточности [24, 27].

Panc 3 - еще одна простая клиническая система оценки, включающая всего три клинических параметра (гематокрит> 44 мг / дл, ИМТ> 30 кг/м2 и плевральный выпот), каждый из которых является предиктором тяжелого заболевания [38]. Шкала POP (Pancreatitis Outcome Prediction) состоит из 6 показателей, полученных в течение первых 24 часов - pH артериальной крови, возраст, мочевина, среднее артериальное давление, соотношение PaO2/ FiO2 и кальций (перечислены в порядке уменьшения воздействия) [39]. Несмотря на свою прогностическую значимость, шкала POP очень обременительна для практического использования. Шкала оценки «безвредного» острого панкреатита (HAPS - harmless acute pancreatitis score) уникальна тем, что разработана для идентификации пациентов с ожидаемо легким течением заболевания . Шкала HAPS была разработана в Германии как простой клинический алгоритм для быстрого выявления пациентов с первым приступом острогопанкреатита, которым не потребуются лечение в отделении интенсивной терапии. Эту оценку можно выполнить в течение 30 минут после поступления на основании трех показателей: отсутствие болезненного напряжения передней брюшной стенки, показателей гематокрита> 43 мг/дл - для мужчин или> 39,6 мг/дл - для женщин и креатинина > 2 мг/дл. В проспективном исследовании установлено, что при отсутствии выявления этих параметров пациенты с неосложненным острым панкреатитом идентифицировались со специфичностью 97% и положительной прогностической ценностью 98% [40].Однако вызывает серьезное сомнение, что при экспертизе качества лечения будет приниматьсяэта оценка как единственный критерий сортировки пациентов на тяжелые инетяжелые случаи ОП .

Переработанная в 2008 году Японская шкала тяжести острого панкреатита (JSS**–**Japanese severity scoring) базируется на 9 прогностических факторах и КТ признаках экстрапанкреатического воспаления/некроза поджелудочной железы. Данная шкальная система продемонстрировала хорошую прогностическую ценность для показателей стационарной летальности при остром панкреатите но, как и многие другие балльные системы, довольно громоздкая и трудно выполнимая у постели больного [41].

Для оценки тяжести ОП и прогноза развития заболевания Российские клинические рекомендации (2015) предлагают использовать шкалу критериев первичной экспресс - оценки тяжести острого панкреатита (СПб НИИ СП имени И.И. Джанелидзе – 2006г.), включающую комбинацию лабораторных маркеров (показатели гемоглобина, лейкоцитов, глюкозы, мочевины), клинических признаков (кожные симптомы, энцефалопатия, гипотония, олигурия,перитонеальный синдром) и морфологических изменений, выявленных при лапароскопии [25].

Опубликована « китайская простая система оценки» (Chinese simple scoring system - CSSS) , полученная с использованием анализа логистической регрессии и включающая шесть показателей - креатинин сыворотки, глюкозу крови, лактатдегидрогеназу, частоту сердечных сокращений, С-реактивный белок и КТ-степень панкреонекроза. Проведенная авторами предварительная оценка показала, что точность прогнозирования тяжести ОП с использованием китайской шкальной системы превосходит критерии APACHE II,Ranson и BISAP [42]

Сравнительными исследованиями установлено, что все вышеописанные клинические системы прогнозирования тяжести ОП имеют сопоставимые характеристики эффективности. Прикладное клиническое значение различных систем оценки тяжести заключается в необходимости их использования с момента начала лечения и обязательного анализа выявляемой динамики этих показателей.

*Лабораторные маркеры*

Наиболее распространенными лабораторными маркерами, используемыми для прогнозирования тяжести ОП являются гематокрит, уровень азота мочевины крови, креатинин и С - реактивный белок [43]. Гематокрит сыворотки, которыйслужит суррогатным маркером внутрисосудистогообъема, был оценен как предиктор некроза поджелудочной железы и органной недостаточности [44, 45]. Увеличение проницаемости сосудов вследствие системного воспалительного процесса приводит к снижению внутрисосудистого объема, повышению вязкости кровии, как следствие, к нарушению микроциркуляции в паренхиме поджелудочной железы, что приводит к развитию некроза тканей [43, 46]. Невозможность снизить уровень гематокрита до 44% и менее с помощью внутривенной гидратации в первые 24 часа после поступления больного является значимым предиктором развития некроза поджелудочной железы и органной недостаточности [47]. Эффективность характеристики маркеров гемоконцентрации была сопоставима с более сложными шкальными системами Рэнсона и Глазго [45].

Уровень азота мочевины крови служит еще одним важным маркером оценки внутрисосудистого объема и катаболического состояния при ОП. Многие исследования установили, что повышенный уровень азота мочевины при ОП происходит из-за потери жидкости, уменьшения внутрисосудистого объема крови и развития преренальной азотемии [48, 49]. Повышение уровня мочевины в первые 48 часов госпитализации существенно связано со смертностью. Было установлено, что каждое повышение мочевины крови на 5 мг/дл связано с увеличением показателей смертности при ОП на 2,2 пункта, а снижение уровня мочевины на 5 и более мг/дл после проведения жидкостной реанимации приводит к значительному снижению смертности [48, 49]. По сравнению с другими лабораторными параметрами (кальций, гемоглобин, креатинин, глюкоза, количество лейкоцитов) показатель мочевины крови имеет самую высокую точность прогнозирования госпитальной летальности [49]. Рекомендации Европейской ассоциации гастроинтестинальной эндоскопии (ESGE) предлагают использовать уровень азота мочевины крови ≥23 мг/дл (8,2 ммоль/л) в качестве предиктора стойкой органной недостаточности через 48 часов после поступления [27]. Сравнение при поступлении показателей гематокрита, мочевины и креатинина показало , что эти лабораторные параметры сопоставимы по возможности прогнозирования смертности и существенно связаны с определением некроза поджелудочной железы [48, 50].C - реактивныйбелок - широко доступный и недорогой маркер системного воспаления, который был изучен как предиктор тяжести заболевания при ОП. Уровень C - реактивного белка умеренно точно предсказывает риск развития органной недостаточности, некроза поджелудочной железы и стационарной смертности с пороговыми значениями для этих конечных точек 190 мг/л, 190 мг/л и 170 мг/л соответственно [51]. Но С - реактивный белок неудобен для практического применения, так как для его определения требуется 72 часа.

Систематический обзор показал, что лучшим биологическим предиктором инфицированного некротизирующего панкреатита является прокальцитонин. При пороговом значении 3,5 нг/мл, прокальцитонин имел чувствительность и специфичность 0,90 и 0,89 соответственно [52]. Однако прокальцитонин является неспецифическим маркером инфекционных осложнений у тяжелобольных и, следовательно, должны быть исключены другие сосуществующие источники инфекции [53].

На основе многомерного логистического регрессионного анализа многоцентровой базы данных интенсивной терапии (378 пациентов с ОП) установлено, что независимыми факторами риска госпитальной летальности при ОП являются 3 показателя – возраст (Age), мочевина крови (BUN) и лактат (Lactat), ставшие составной частью модели номограммы ABL. C-индекс предложенной модели номограммы ABL составил 0,896 (95% ДИ от 0,825 до 0,967), что свидетельствует о ее большой дискриминационной способности. C-индекс модели номограммы ABL был аналогичен таковому APACHE IV (p = 0,086), что свидетельствует об их сопоставимой способности прогнозирования тяжести ОП. Преимущества модели ABL заключаются в ее простоте и точности, не требующей дополнительных расчетов, что создает удобства для врачей [54]. Было показано, что с увеличением возраста на 10 лет риск госпитальной летальности возрастает на 6,7%. Молочная кислота является побочным продуктом гликолиза в анаэробных условиях и считается важным индикатором ишемии и гипоксии в тканях организма [54]. Повышенный уровень лактата в плазме тесно связан со стойкой полиорганной недостаточностью у пациентов с ОП и является биомаркером прогнозирования плохих клинических исходов лечения [55]. Авторы предлагаемой модели номограммы ABL, основанной на легкодоступных клинических и биохимических параметрах, считают, что ее отличная производительность позволяет практикующим врачам провести быструю стратификацию рисков и реализовать раннюю стратегию лечения больных с ОП [54].

Приведенный исторический обзор формирования классификаций тяжести ОП демонстрирует непрерывную динамику процесса накопления знаний и совершенствования методологических подходов в принятии консенсусных решений, результатом которых становится более точная и объективная трактовка утверждаемых определений. Сохраняющиеся трудности в оценке тяжелых форм панкреатита в первую очередь обусловлены неоднородностью этой популяции пациентов с широким спектром клинических вариантов тяжести. Можно утверждать, что в настоящее время существующие классификации тяжести ОП одинаково решают главную тактическую задачу в лечении больных ОП, устанавливая приоритетную дихотомию в классификациях, т.е. разделяя весь спектр пациентов на 2 основные группы (легкий /тяжелый) , что позволяет выделять больных для экстренного перевода в третичный центр и определять пациентов, которые могут быть успешно пролечены в стационаре районной больницы [13].

Вышеприведенные сведения свидетельствуют о том, что в настоящее время нет однозначно точных и практически доступных лабораторных тестов прогнозирования степени тяжести пациентов ОП [56]. Большинство предикторов тяжести демонстрируют хорошую эффективность оценки при анализе больших групп пациентов, в то же время они недостаточно точны в конкретных клинических ситуациях, когда необходимо спрогнозировать тяжесть развития заболевания у отдельного пациента. В связи с этим, в определении степени тяжести ОП, наряду с лабораторным тестированием, решающее значение играет тщательное клиническое обследование больных, оценка потерь жидкости и выявление ранних симптомов органной недостаточности. По этой причине существует общее мнение о том, что для прогнозирования и наилучшей оценки тяжести острого панкреатита необходимо обязательно использовать мультидисциплинарное клиническое обследование и комбинацию различных инструментов прогнозирования. Следует согласиться с тем, что в будущем, очевидно, в связи с получением новых знаний и развитием медицинских технологий все мы будем свидетелями расширяющегося уточнения степеней тяжести ОП с целью персонификации выбора лечебно-диагностической тактики для каждого конкретного больного [13].