

А.А. ЛИТВИН¹, В.М. ХОХА²

**ОБЪЕДИНЁННЫЙ КОНГРЕСС ЕВРОПЕЙСКОГО
ПАНКРЕАТОЛОГИЧЕСКОГО КЛУБА И МЕЖДУНАРОДНОЙ
АССОЦИАЦИИ ПАНКРЕАТОЛОГОВ
(Г. ЛОДЗЬ, РЕСПУБЛИКА ПОЛЬША, 25–28 ИЮНЯ 2008 Г.)**

У «Гомельская областная клиническая больница»¹,

УЗ «Мозырская городская больница»²,

Республика Беларусь

С 25 по 28 июня 2008 г. в г. Лодзь (Польша) состоялся Объединённый Конгресс Европейского Панкреатологического Клуба (ЕПК) и Международной Ассоциации Панкреатологов (МАП) (Joint Meeting of the European Pancreatic Club (EPC) and the International Association of Pancreatology (IAP)). Собрался представительный форум специалистов в области профилактики, диагностики и лечения заболеваний поджелудочной железы. Достаточно упомянуть таких известных панкреатологов, как С. Imrie, Н. Friess, Р. Banks, М. G. Besselink, Р. G. Lankisch, М. Falcony, В. Rau, R. Graf, J. Neoptolemos, D. Whitcomb, В. Argent, С. Dervenis, С. F. del Castillo. На конгрессе рассматривались различные вопросы, посвящённые заболеваниям поджелудочной железы. Наибольшее внимание было уделено диагностике и лечению острого и хронического панкреатита, рака поджелудочной железы.

Европейский Панкреатологический Клуб был организован на первом симпозиуме, состоявшемся 9–10 декабря 1965 г. в Лондоне. Основателями клуба были: биохимик J. Chrisophe (Бельгия), физиолог А. А. Harper (Великобритания), хирурги А. Delcourt (Бельгия), У. Edlund (Норвегия), терапевты W. Creut (Германия), О. Fit (Ирландия), К. Herfort (Чехословакия). Н. Т. Howat (Великобритания), Н. Sarles (Франция). Президентом ЕПК был избран Н. Т. Howat (Великобритания). Это было первое

в мире сообщество учёных по изучению поджелудочной железы, основной идеей клуба явилось объединение различных специалистов (фундаменталистов и клиницистов) по решению проблем заболеваний поджелудочной железы. Второй симпозиум состоялся в 1967 г., в последующем конференции ЕПК проводились практически ежегодно. С 1991 г. международными экспертами в рамках клуба выделена секция молодых исследователей. Европейская группа изучения рака поджелудочной железы (European Study Group of Pancreatic Cancer ESPAC) и Европейский регистр наследственного панкреатита и семейного рака поджелудочной железы (European Registry of Hereditary Pancreatitis and Familial Pancreatic Cancer EUROPAC) сотрудничают с ЕПК. С 1999 г. издаются новости клуба, адрес Европейского Панкреатологического Клуба в Интернете: www.epr-c.org.

Войти в состав ЕПК и МАП можно, либо образовав свой национальный клуб, либо вступив в уже существующий иностранный. Уставы клубов предполагают членство в национальном клубе, двойное членство – в национальном и ЕПК, тройное – в национальном, ЕПК и МАП. Величина членских взносов при тройном членстве составляет 100 евро в год, в национальных – определяются уставом соответствующего клуба. Цель этого движения – объединение усилий учёных и практических

ких врачей разных стран в изучении заболеваний поджелудочной железы и скорейшее внедрение научных достижений в практику. Членство в ЕПК и МАП предоставляет возможность получения современной информации по вопросам панкреатологии (оформляется подписка на журнал «Pancreatology»), установления личных контактов и знакомство с многообразием точек зрения иностранных коллег, возможность поделиться результатами своих исследований на международных конференциях.

Научная программа конференции охватывала спектр вопросов от молекулярных и клеточных основ заболеваний поджелудочной железы (ПЖ) до новейших достижений в клинической практике и состояла из устных выступлений, а также стендовых докладов. В свою очередь, и те, и другие подразделялись на фундаментальные и клинические. В конференции приняли участие более 400 представителей 37 стран с 5 континентов. В большинстве своём это были члены национальных панкреатологических клубов ЕПК и МАП. Языком конференции был английский.

В первый день конференции проводилась сессия молодых учёных. Было представлено 10 докладов исследователей из Польши, США, Испании, Великобритании, Канады и Германии. Каждый доклад длительностью 15 минут сопровождался пятиминутным обсуждением.

Вечером этого же дня в здании городской филармонии состоялось торжественное открытие конференции. С приветственными словами выступили представитель министерства здравоохранения Польши, заместитель мэра г. Лодзь, президент МАП Маркус Лерх (Германия), президент объединенного конгресса ЕПК и МАП Ева Малецка-Панас (Польша).

В последующие дни конгресса заседания были организованы так, что в начале звучал программный 30 минутный доклад

по обсуждаемой проблеме, а в дальнейшем 12 минутные сообщения по теме секционного заседания.

Наиболее значительное место в программе конгресса заняло обсуждение проблем диагностики и лечения острого панкреатита (ОП). Отправной точкой обсуждения явились принятые ранее «Рекомендации МАП по хирургическому лечению острого панкреатита» (2002). Эти рекомендации состоят из 11 пунктов, 10 из которых с уровнем доказательности В и одна (вторая) А.

1. Среднетяжёлый ОП не является показанием для оперативного лечения.

2. Профилактическое применение антибиотиков широкого спектра у больных с доказанным на КТ панкреонекрозом уменьшает вероятность инфекционных осложнений, но не улучшает выживаемость.

3. Тонкоигольная аспирация и бактериологическое исследование должны выполняться для дифференцировки между стерильным и инфицированным панкреонекрозом.

4. Инфицированный панкреонекроз с клиническими проявлениями ССВР является показанием к оперативному вмешательству, которое может быть выполнено традиционным хирургическим путем или под УЗ (КТ) – наведением.

5. Пациенты со стерильным панкреонекрозом (отрицательный результат бактериологического исследования) должны лечиться консервативно.

6. Ранние операции в первые 14 дней от начала заболевания у больных с панкреонекрозом не рекомендуются, если нет специфических показаний.

7. Хирургическое лечение должно носить органосохраняющий характер, что включает некрэктомию, комбинированную с максимально возможной эвакуацией секвестров и экссудата в послеоперационном периоде.

8. Холецистэктомия должна выпол-

няться для профилактики рецидива билиарного ОП.

9. При среднетяжёлом билиарном ОП холецистэктомия должна выполняться при улучшении состояния пациента, желательно не выписывая больного из стационара.

10. При тяжёлом билиарном ОП холецистэктомию следует отложить до полного разрешения воспалительного процесса и клинического выздоровления.

11. Эндоскопическая сфинктеротомия является альтернативой холецистэктомии у пациентов, которым по тем или иным причинам выполнение холецистэктомии противопоказано.

Из интересных работ по проблеме ОП следует отметить доклад N. Duggan et al. (Ирландия). Авторы согласно разработанному протоколу начинали энтеральное питание через эндоеюнальный зонд с 4-го дня от начала заболевания. При тяжёлом ОП энтеральное питание предпочтительнее парентерального, а интраеюнальный путь введения лучше интрагастрального. В другой работе те же авторы описывают методику назоеюнального зондирования «у постели больного». Применение такой методики у 19 пациентов позволило сэкономить 7,5 тыс. евро.

Бактериальная транслокация из интестинального просвета в лимфоузлы и кровь, вероятно, первый шаг в развитии инфекционных осложнений острого панкреатита. Группа авторов из университета в Аликанте (Испания) подтвердила эту теорию, получив идентичные микробные агенты из крови и просвета тощей кишки.

P.O. Lankisch et al. (Германия) представили ряд докладов. В одном из них авторы доказывают, что кожные симптомы, при ОП встречаясь достаточно редко, указывают на тяжёлую форму заболевания и плохой прогноз. Целью другой работы был анализ частоты встречаемости ОП, этиологии и тяжести заболевания в Северном регионе Германии. Оказалось, что за последние

20 лет частота ОП не увеличилась и составляет 16,0 на 100 000 чел. в год у мужчин и 10,2 у женщин. Не изменилось процентное соотношение алкогольного и билиарного ОП. Количество тяжёлых форм ОП (Рэнсон > 3) снизилось с 33% до 20%. Эти данные, конечно, не совпадают с отечественной статистикой, что свидетельствует о различной демографической ситуации в наших странах.

Работа группы авторов из Японии была посвящена экстравазации жидкости в брюшную полость при ОП, что приводит к гемоконцентрации и гиповолемии с последующим нарушением микроциркуляции в ПЖ. Смертность при тяжёлом ОП на фоне инфузии 3–5 л/сутки была значительно ниже (20%), чем при инфузии более 5 л/сутки (67%) и менее 3 л/сутки (100%).

P.F. Laure et al. (Франция) исследовали сочетание интрадуктальной папиллярной муцинозной неоплазии (ИПМН) с ОП. Авторы установили, что 1/3 пациентов с ИПМН имеют ОП, причём чаще он наблюдается при поражении протоков второго порядка. Рецидивы ОП после резекций поджелудочной железы не наблюдались.

Особого внимания участников конгресса заслужили презентации Нидерландской группы по изучению панкреатита из Утрехтского университетского медицинского центра. O.J. Bakker et al. представили данные о том, что летальность при инфицировании жидкостных экстрапанкреатических скоплений у больных ОП без некроза железы сопоставима с летальностью при панкреонекрозе. H.C. van Santvoort et al. провели проспективное исследование с целью определения количества осложнений и летальности при тяжёлом билиарном ОП в группе больных, которым в ранние сроки заболевания выполняли ЭПСТ. Из 153 пациентов с тяжёлым билиарным панкреатитом у 78 были симптомы билиарной гипертензии (билирубин >40 ммоль/л и диаметр гепатикохоледоха >8 мм). Ре-

шение выполнять ЭПСТ или лечить консервативно было на усмотрение лечащих врачей и варьировало между 15 госпиталями от 0 до 100 %. По представленным авторами данным, ранняя (в первые 72 часа) ЭПСТ уменьшает с 45% до 25 % количество осложнений у пациентов с тяжёлым билиарным панкреатитом. M.C. van Baal et al. показали, что эндоскопическое транспапиллярное стентирование при наружных панкреатических свищах после некрэтомий, выполненных по поводу панкреонекроза, оптимально дренирует протоковую систему поджелудочной железы и улучшает результаты лечения наружных панкреатических свищей.

D. Stimac et al. (Хорватия) показали, что результаты лечения пациентов со средне-тяжёлым и тяжёлым панкреатитом не лучше при голодании по сравнению с больными, которым начинали энтеральное кормление в первые 24 часа.

J. Targarona et al. (Перу) пропагандировали «закрытую» некрэктомию, лаваж сальниковой сумки и ретропанкреатического пространства. Также авторы проанализировали результаты хирургического лечения 96 пациентов с панкреонекрозом. У 53 показанием к операции явились положительные результаты бактериологического исследования при тонкоигольной аспирационной биопсии. 43 больных оперированы в связи с отсутствием положительной динамики на фоне проводимого лечения ОП. В итоге в половине случаев был диагностирован стерильный панкреонекроз.

S. Нас et al. (Польша), отводя важное место в лечении больных с ОП энтеральному питанию, проанализировали метод слепого назоэнтерального введения зонда. Стандартный 8F назоэнтеральный зонд длиной 130 см вводили на глубину 60 см, затем каждый час по вводимому проводнику проворачивали зонд и продвигали на 10 см. За 5 сеансов зонд обычно достигал

тощей кишки.

H.T. Jin et al. (Финляндия) на экспериментальном материале показали, что при ОП происходит активация катаболизма полиамина, проявляющаяся уменьшением уровня спермидина и спермина и увеличением уровня путресцина. Целью работы явилось изучение уровня полиаминов в эритроцитах больных ОП в зависимости от этиологии и наличия некроза. Различий в уровнях полиаминов эритроцитов при ОП и других острых хирургических заболеваниях органов живота авторами не выявлено. Уровень путресцина при некротизирующем панкреатите был выше, чем при отёчном.

M. Piascik et al. (Польша), применяя длительное регионарное внутриартериальное введение ингибиторов протеаз и антибиотиков, снизили необходимость оперативного лечения с 33% до 13%. M. Dolecki et al. (Польша) показали, что уровень Д-димера может использоваться для прогнозирования тяжести ОП.

D. Radenkovic et al. (Сербия) показали, что абдоминальный компартмент-синдром оказывает значительное влияние на течение тяжёлого ОП. Количество больных с таким осложнением в последние годы возрастает в связи с более агрессивной инфузионной терапией, увеличением количества пациентов, которые получают консервативное лечение. В связи с отсутствием стандартных рекомендаций авторами проведено исследование, которое показало большую эффективность декомпрессивной лапаротомии с временным закрытием брюшной полости по сравнению с пункционно-дренирующими методами лечения.

По данным Y. Tsuji et al. (Япония), перфузионная компьютерная томография, используемая для диагностики ранних стадий ишемии головного мозга, может помочь в диагностике ишемических изменений в поджелудочной железе на ранних стадиях тяжёлого острого панкреатита.

R. Lochan et al. (Великобритания) продемонстрировали, что чрескожная некрэктомия под КТ-контролем – эффективный малоинвазивный метод лечения инфицированного панкреонекроза. Метод применён у 46 пациентов (19 – с синдромом полиорганной недостаточности). Восемью больным впоследствии потребовалось выполнение стандартных открытых некросеквестрэктомий, трое перенесли дополнительно эндоскопические некрэктомии. Зафиксировано 8 осложнений, связанных с применяемым методом: 3 перфорации толстой кишки, 2 тромбоза воротной вены и 2 кровотечения в забрюшинную клетчатку. Умерло 11 пациентов (23%).

С интересом участники конференции отнеслись к данным, представленным исследователями из Беларуси (А.А. Литвин с соавт. В.М. Хоха с соавт.). Наши выступления были посвящены прогнозированию инфицированного панкреонекроза методом «Data Mining», использованию уровня внутрибрюшного давления при остром панкреатите для ранней диагностики тяжёлого ОП, применению 3D-моделирования КТ-изображений органов брюшной полости для определения хирургической тактики при инфицированном панкреонекрозе.

Вторым большим разделом, которому было уделено много внимания на конгрессе, явилась проблема хронического панкреатита (ХП). Основные проблемные вопросы были освещены в программном докладе W. Greenhalf et al. (Великобритания). Распространённость ХП в мире варьирует от 20 до 200 случаев на 100 000 населения. В 75% случаев причиной ХП является злоупотребление алкоголем, курение является самостоятельным этиологическим фактором. Остальные 25% случаев ХП классифицируются как идиопатический ХП, но значительная часть их вызвана мутацией генов CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator) и SPINK 1 (pancreatic secretory trypsin inhibitor). На

сегодняшний день доказано, что при ХП развиваются следующие патологические изменения: разрушение лобулярной архитектоники паренхимы с обширным некрозом ацинусов и островков Лангерганса с последующим замещением фиброзной и жировой тканью; хроническая воспалительная инфильтрация; протоковая и паренхиматозная кальцификация. Обычно сначала ХП проявляется болью, а через некоторый промежуток времени присоединяется экзо- и эндокринная недостаточность. Клинически нутритивная недостаточность не определяется до тех пор, пока 90% экзокринной функции не утеряно. Большинство диагностических тестов мало чувствительны для выявления болезни на ранней стадии. В дополнение к боли, мальабсорбции и диабету, ХП имеет ряд местных осложнений, включая формирование псевдокист, билиарную и дуоденальную обструкцию, венозные тромбозы и образование псевдоаневризм. ХП самостоятельный риск-фактор развития рака поджелудочной железы (РПЖ) с 4% кумулятивным риском при длительности болезни более 20 лет, независимо от причины панкреатита. Эндоскопические пункции кист всё чаще выполняются под эндоскопическим УЗ-контролем и успешны в 80–95% случаев. Оперативное лечение псевдокист показано при наличии варикоza или венозных тромбозов, если эндоскопическое дренирование затруднительно или невозможно. Основная задача хирургического лечения ХП – избавить пациента от постоянной изнуряющей боли и сохранить экзо- и эндокринную функцию железы.

S. Pedrazzoli et al. (Италия) провели анализ отделённых результатов хирургического лечения ХП. За 30-летний период было оперировано 174 больных: 62-м пациентам выполнены резекционные операции, 82-м – дренирующие, 23 пациента оперированы не на поджелудочной железе, 7-и выполнена марсупиализация. Дваж-

ды оперированы 23 больных, трижды – 4. Госпитальная летальность составила 2,3%. У 48 больных развился рак: лёгких (22), ротоглотки (8), пищевода, почки, поджелудочной железы, толстой кишки, печени (по 2), молочной железы, желудка, средостения, простаты, меланома, миелоидная лейкемия (по 1), метастатическое поражение печени из неустановленного источника (2). 15 больных умерло от цирроза печени, 11 от сосудистой патологии, 10 от инфаркта миокарда и по 4 пациента – от ОП, случайной травмы, осложнений диабета, бронхопневмонии. Общая 5, 10, 15, 20, 25 и 30-летняя выживаемость составила соответственно – 83%, 64%, 50%, 36%, 27% и 23%. Высокая частота рака лёгких, ротоглотки, пищевода (в целом 19%) объясняется курением всех пациентов.

G. Farkas et al. (Венгрия) доложили о 8-летних результатах органосохраняющих резекций головки поджелудочной железы у 150 пациентов с ХП. Показанием для операции у всех пациентов была изнурительная боль, потеря массы тела, механическая желтуха. Операция заключалась в широком иссечении изменённых тканей головки поджелудочной железы без её пересечения над воротной веной. Реконструкция чаще всего выполнялась анастомозированием оставшейся части железы с кишкой по Ру. У 12-и больных с желтухой и 17-и пациентов со стенозом терминального отдела холедоха выполнялась препиллярная холедохостомия. Исследовалось качество жизни с помощью опросника – ESPAC «Quality of life». Длительность стационарного лечения варьировала от 7 до 12 дней. Летальность составила 4%. Качество жизни пациентов улучшилось в 89% случаев.

B. Wozniak et al. (Польша) сообщили об эндоскопическом лечении панкреатита. 54-м пациентам с осложнениями ХП (вирсунголитиаз, стриктуры панкреатического протока, псевдокисты, стриктуры холедо-

ха) произведены эндоскопические вмешательства. Эндоскопическое стентирование Вирсунгова протока было выполнено у 21-го пациента, холедоха – у 14, обоих протоков – у 7. У 89% больных боль уменьшилась в течение первых 48 послеоперационных часов. Билирубин нормализовался в течение 2 недель. Традиционная операция понадобилась одному пациенту в связи с неэффективным дренированием псевдокисты.

M. Tantau et al. (Румыния) доложили о результатах лечения 422 пациентов с ХП. 78-и из них проводились эндоскопическая сфинктеротомия и стентирование панкреатических протоков. Стентирование оказалось удачным у 73 пациентов (93%). Положительный эффект получен у 87% пациентов. В среднем стент удаляли на 95-й день.

В целом, эндоскопическое лечение ХП получает всё большее распространение. В рамках конгресса состоялся мини-симпозиум, посвящённый этой проблеме. К сожалению, этот вариант малоинвазивного лечения ХП не получил должного распространения в отечественной хирургии.

Также состоялся симпозиум, посвящённый проблеме рака поджелудочной железы (РПЖ) (председатели: G.D. Fave (Италия), F.X. Real (Испания)). По представленным данным, РПЖ – одна из пяти наиболее частых причин летальности в онкологии. В 80% РПЖ возникает в головке железы, в 15% – в теле и в 5% – в хвосте. Заболеваемость составляет 7,8 на 100 000 населения с пиком в возрасте 65–75 лет. В связи с увеличением количества населения старшей возрастной группы частота рака поджелудочной железы растёт. Риск заболеть РПЖ возрастает пятикратно при ХП и в 40 раз при наследственном панкреатите. В настоящее время выявлена ассоциация РПЖ с сахарным диабетом; поздно развившийся сахарный диабет без факторов риска диабета является ранним проявлени-

ем РПЖ. Отдалённые результаты лечения остаются неудовлетворительными с пятилетней выживаемостью в пределах 0,5–5%. Тем не менее, оперативное лечение остаётся единственным шансом на излечение. На момент диагностики РПЖ только у 10% пациентов опухоль резектабельна. У большинства пациентов, перенёсших потенциально радикальную операцию, выявляются местный рецидив опухоли или отдалённые метастазы. Рандомизированные контролируемые исследования показали, что послеоперационная адъювантная терапия может улучшить отдалённую выживаемость. Стал доступен ряд новых агентов, обладающих антиопухолевой активностью. Современная молекулярная биология и генетика позволили по-новому взглянуть на то, как может развиваться и прогрессировать злокачественный процесс в поджелудочной железе. Благодаря низкой летальности после операций на поджелудочной железе в специализированных центрах вновь поднят вопрос насколько агрессивна может и должна быть хирургия РПЖ.

На конгрессе выделены следующие перспективные направления в решении проблемы РПЖ: лечение больных РПЖ в специализированных центрах; вторичный скрининг для лиц высокой группы риска; применение позитронно-эмиссионной томографии в сочетании с КТ; применение методик измерения метаболизма в опухолевых клетках; индивидуально подобранное лечение, основанное на молекулярной характеристике каждой опухоли и фармако-геномической конституции пациента; новые виды биологической терапии; вакцинация против рака; антиапоптозные препараты; совершенствование контроля боли.

Большое внимание было уделено хирургическому лечению РПЖ. K. Yamaguchi et al. (Япония) отметили, что в Японии в связи с неудовлетворительными результатами лечения РПЖ стали применять рас-

ширенную лимфаденэктомию. Тем не менее, ряд рандомизированных исследований и мета-анализов не выявили положительных результатов расширенной лимфаденэктомии. По данным авторов, пятилетняя выживаемость после радикальной лимфаденэктомии составила 29% и 25% – после панкреатодуоденэктомии без лимфаденэктомии. Местные рецидивы выявлены в 24% пациентов после лимфаденэктомии и в 21% после традиционного хирургического лечения. Таким образом, расширенная лимфаденэктомия не улучшает выживаемость после панкреатэктомии по поводу РПЖ железы. Тем не менее, некоторым пациентам с опухолями железы небольших размеров лимфаденэктомия может быть показана.

P. Lampe et al. (Польша) посвятили исследование сравнению различных методов реконструкции желудочно-кишечного тракта при панкреатодуоденэктомии. 500-м пациентам были выполнены операции Whipple, Traverso, Flautner, Claget или Imanaga. Учитывались размер и гистологическая характеристика опухоли, частота желчных или панкреатических послеоперационных свищей, нарушения опорожнения желудка, длительность госпитализации и летальность. Наименьшее количество осложнений было зафиксировано при наиболее часто выполняемых операциях Whipple и Traverso.

Наиболее частым и тяжёлым осложнением после операций по поводу РПЖ является несостоятельность панкреатодигестивных анастомозов. D. Fuks et al. (Франция) сообщили о результатах лечения 680 пациентов в хирургических клиниках Северо-Западного региона Франции, которым была выполнена панкреатодуоденэктомия по поводу РПЖ. Диагноз панкреатической фистулы устанавливался, если имелось отделяемое по дренажам из брюшной полости на 3-и послеоперационные сутки или более, с активностью амилазы в отделяе-

мом в 3 раза выше уровня амилазы крови. С целью выявления вероятных факторов риска несостоятельности панкреатодигестивного анастомоза, требующей экстренного оперативного лечения, авторы проанализировали результаты лечения 111 пациентов с этими осложнениями. Установлено три фактора риска послеоперационных панкреатических свищей: мягкая паренхима железы (по интраоперационным данным); интраоперационная трансфузия крови и послеоперационное кровотечение. По мнению авторов, важна ранняя идентификация таких больных для выбора индивидуальной тактики хирургического лечения.

M. Abu Hilal et al. (Великобритания) считают, что пациенты с РПЖ должны оперироваться только в специализированных центрах. Обследования больных РПЖ мультидисциплинарными командами специалистов оказывает влияние на отбор пациентов для оперативного лечения и его результаты. Авторы сравнили результаты лечения пациентов этой категории на популяции 3,5 млн. жителей. Централизация увеличила количество пациентов, которым предложили оперативное лечение; сделала возможным выполнение лапароскопической панкреатэктомии и проведение неoadьювантной терапии при пограничных по резектабельности опухолях. Несмотря на расширение показаний для оперативного лечения, уровень летальности снизился с 3,8% до 3,0%.

В целом, объединённый конгресс Европейского Панкреатологического Клуба и Международной Ассоциации Панкреатологов, прошедший в июне 2008 года в г. Лодзь (Польша), имел большое значение

для консолидации панкреатологов разных стран, для выработки совместных решений на пути улучшения диагностики и лечения заболеваний поджелудочной железы. Следующий форум Европейского Панкреатологического Клуба состоится в июле 2009 г. в г. Жегед (Венгрия) (информация на сайте <http://www.epc2009.hu/>). В 2010 году объединённый конгресс ЕПК и МАП состоится в г. Прага (Чехия). Следует отметить, что наши ближайшие соседи (Украина, Польша, Латвия, Литва, Эстония) имеют свои национальные панкреатологические клубы, и врачи этих стран ежегодно участвуют в европейских форумах. Представляется необходимым объединение врачей-исследователей нашей страны, занимающихся изучением поджелудочной железы и её заболеваний, в национальный клуб с последующим вхождением в ЕПК и МАП. В настоящее время во многих странах созданы рабочие группы по подготовке рекомендаций для пересмотра классификации острого панкреатита, принятой на Согласительной конференции в г. Атланте (США, 1992 г.). Белорусская панкреатологическая школа, безусловно, может внести свои предложения по решению проблемы острого панкреатита и других заболеваний поджелудочной железы.

Адрес для корреспонденции

246296, Республика Беларусь,
г. Гомель, ул. Братьев Лизюковых, 5,
Гомельская областная клиническая больница,
тел. раб. 8 (023) 248-71-89,
e-mail: aalitin@mail.com
Литвин А. А.

Поступила 08.01.2009 г.