

А. В. Мазаник, Н. Ю. Блахов, О. А. Чуманевич,
С. Л. Карваш, Д. И. Пацай, А. П. Трухан

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА БИЛИАРНОЙ ЭТИОЛОГИИ

ГУ «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический
медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»

Проанализированы динамика госпитальной заболеваемости и уровень летальности при остром панкреатите билиарной этиологии, определены демографические закономерности заболеваемости острым панкреатитом билиарной этиологии, представлена общая характеристика клинических наблюдений.

Увеличение абсолютного числа пациентов острым панкреатитом билиарной этиологии и некротическим панкреатитом билиарной этиологии во многом определяет рост заболеваемости острым панкреатитом в целом.

Заболеваемость острым панкреатитом билиарной этиологии практически равномерно распределяется между мужчинами и женщинами с соотношением 1,4:1. Пик заболеваемости (36,1 %) приходится на пожилую возраст. В возрастной структуре острого панкреатита билиарной этиологии доля лиц пожилого и старческого возраста составила 62,6 %. Каждый третий пациент обращался за медицинской помощью в первые 12 ч, 64,4 % – в первые 24 ч, 78,1 % – в первые 48 ч от начала заболевания. Категорию пациентов с наибольшим удельным весом (14,2 %) составили мужчины пожилого возраста, поступавшие на лечение в первые сутки от начала заболевания.

У 82,7 % пациентов острым панкреатитом билиарной этиологии преморбидный статусотяожен двумя и более сопутствующими заболеваниями, у каждого пятого – ИБС, проявляющейся стенокардией, постинфарктным кардиосклерозом или нарушением ритма. Преморбидный статус оказывает значимое влияние на общую летальность при остром панкреатите билиарной этиологии.

Рецидивы острого панкреатита билиарной этиологии составляют 9,6 % всех приступов заболевания и 25,3 % всех рецидивов острого панкреатита, при этом в 47,6 % случаев рецидивов острого панкреатита билиарной этиологии заболевание характеризуется равнозначно или более тяжелым течением с возможным летальным исходом.

Ключевые слова: острый панкреатит, билиарная этиология, госпитальная заболеваемость.

A. V. Mazanik, N. Yu. Blakhov, O. A. Chumanovich, S. L. Karvash,
D. I. Patsai, A. P. Trukhan

GENERAL CHARACTERISTICS OF CLINICAL OBSERVATIONS OF ACUTE PANCREATITIS OF BILIARY ETIOLOGY

The dynamics of hospital morbidity and lethality rate in acute biliary pancreatitis are analyzed; demographic regularities of acute biliary pancreatitis morbidity are determined; general characteristics of clinical observations are presented.

The increase in the absolute number of patients with acute pancreatitis of biliary etiology and necrotic pancreatitis of biliary etiology in many respects determines the growth of acute pancreatitis morbidity in general.

The morbidity of acute pancreatitis of biliary etiology is almost evenly distributed between men and women with the ratio 1,4:1. The peak of morbidity (36,1 %) falls on elderly age. In the age structure of acute biliary pancreatitis the share of elderly and senile age was 62,6 %. Every third patient sought medical help during the first 12 hours, 64,4 % – during the first 24 hours, 78,1 % – during the first 48 hours of the disease onset. The category of patients with the highest proportion (14,2 %) were elderly men, who came for treatment in the first 24 hours after the onset of the disease.

In 82,7 % of patients with acute biliary pancreatitis the premorbid status was aggravated by two or more concomitant diseases, every 5th patient had CHD manifested by angina pectoris, postinfarction cardiosclerosis or rhythm disturbances. Premorbid status has a significant influence on the overall mortality in acute pancreatitis of biliary etiology.

The relapses of acute pancreatitis of biliary etiology make up 9,6 % of all the attacks of the disease and 25,3 % of all relapses of acute pancreatitis, and in 47,6 % of cases of recurrent acute pancreatitis of biliary etiology the disease has an equally or more severe course with possible lethal outcome.

Key words: acute pancreatitis, biliary etiology, hospital morbidity.

Острый панкреатит билиарной этиологии (ОПБЭ) (по классификации МКБ-10 – К 85.1 – желчный острый панкреатит, желчнокаменный панкреатит) определяется как вторичное воспаление поджелудочной железы (ПЖ) вследствие заболеваний желчевыводящей системы, чаще всего – осложненного течения желчнокаменной болезни (ЖКБ) [2].

Патология билиарной системы и алкогольный/алиментарный фактор являются наиболее частыми причинами острого панкреатита (ОП). В этиологической структуре заболевания их суммарная доля составляет более 80 % [8, 10], а только билиарной патологии – 30–75 % [4, 14].

В зависимости от демографических и этнических особенностей, уровня экономического и социального развития региона удельный вес основных причин ОП существенно различается и варьирует в широком диапазоне [3]. Согласно данным недавнего мета-анализа этиологии ОП по четырем европейским регионам процентное соотношение билиарной патологии и алкогольного фактора в Южной Европе составило 52 % vs 20 %, в Восточной Европе – 33 % vs 40 %, в Северной Европе – 39 % vs 24 % (только в Финляндии – 21 % vs 56 %), в Западной Европе – 39 % vs 33 %. Кроме того, авторы отметили ежегодный рост заболеваемости ОП практически во всех странах Европы в среднем на 2,9 % как за счет увеличения употребления алкоголя, так и за счет увеличения частоты ЖКБ [22].

Общая летальность при ОПБЭ составляет 2–7 %, летальность при некротических формах – 17–39 % [2, 13, 15, 21]. В общей структуре ОПБЭ удельный вес тяжелых (некротических) форм, характеризующихся локальными осложнениями и/или преходящей или стойкой (более 48 ч) органной/полиорганной недостаточностью, составляет до 30 % [7, 8, 14, 18]. В свою очередь, в этиологической структуре некротического панкреатита (НП) доля патологии билиарной системы достигает 40 % [2, 7].

Рецидивы ОПБЭ составляют 12–42 % всех случаев рецидивов ОП [19, 20]. При первых приступах

ОПБЭ общая летальность (6,5 %) и летальность при некротических формах (17 %) ниже аналогичных показателей при рецидивах билиарного панкреатита (8,3 % и 30 % соответственно) [5, 6], что не согласуется с мнением ряда авторов о более благоприятном течении рецидивов ОП в целом [16].

С учетом изложенного, детализация эпидемиологических аспектов ОПБЭ является важным направлением улучшения результатов лечения данной патологии.

Цель исследования

Проанализировать динамику госпитальной заболеваемости и уровня летальности при ОПБЭ, определить демографические закономерности заболеваемости ОПБЭ, представить общую характеристику клинических наблюдений.

Материалы и методы

Наша проспективно сформированная база данных включает 732 случая ОП у 649 пациентов, госпитализированных в 432 ГВКМЦ в период с 1 января 2012 г. по 31 декабря 2021 г. При этом мы наблюдали 219 случаев ОПБЭ у 198 пациентов, из них 182 человека находились на обследовании и лечении один раз, 13 – дважды, 3 – три раза и более.

Диагностика ОП и его клинико-морфологической формы основывалась на результатах динамического (в течение первых 48 ч госпитализации) клинико-лабораторного и инструментального обследования при выявлении двух из следующих трех критериев: а) характерная клиническая картина – интенсивная боль в верхних отделах живота, иррадиирующая в поясницу («опоясывающая» боль), тошнота, многократная рвота, не приносящая облегчения, б) повышение уровня амилазы и/или липазы в крови или моче в 3 и более раза, в) специфические (локальное или диффузное увеличение размеров ПЖ, нечеткость и неровность контуров, неоднородность экоструктуры паренхимы, расширение протока ПЖ, наличие жидкости в сальниковой сумке) и косвенные (наличие

жидкости в брюшной и плевральной полостях, явления гастростаза, пареза кишечника (выраженный метеоризм, дилатация петель тонкой кишки и т. д.) признаки по данным визуализирующих методов (ультразвукового исследования и/или компьютерной томографии с контрастным усилением) [1, 3, 9].

Диагностика ОПБЭ основывалась на выявлении следующих критериев: инструментальных (визуализация холелитиаза и/или расширенного холедоха (свыше 8 мм – у лиц моложе 75 лет и свыше 10 мм – у лиц старше 75 лет)) или лабораторных (двух из следующих трех: общий билирубин > 40 мкмоль/л; АЛТ > 100 Е/л при АЛТ > АСТ; щелочная фосфатаза > 195 Е/л и γ -глутамилтрансфераза > 45 Е/л) [11].

Статистическая обработка и анализ полученных результатов проводились стандартными методами прикладной программой Statistica 10.0. Количественные данные представлены медианой, интерквартильным размахом (25-й и 75-й процентиля) и 95 %-м доверительным интервалом (Me (25–75 %), [-95 %; +95 %]). Качественные (номинальные и порядковые) данные представлены абсолютными и относительными (доли, проценты) частотами.

Для оценки значимости различий сравниваемых групп по тому или иному признаку применялся критерий хи-квадрат (χ^2) с анализом таблиц сопряженности в случаях номинальных данных, критерии Манна-Уитни (U-test) и Краскела-Уоллиса (H-Test) – в случаях порядковых данных при критическом уровне значимости (p), равном 0,05.

Результаты и обсуждение

Среди причин ОП чаще других встречались патология билиарной системы и алкогольный/алиментарный фактор с удельным весом 29,9 % и 50,7 % соответственно.

Анализ госпитальной заболеваемости за указанный период свидетельствует о росте абсолютного числа

пациентов с ОП, ОПБЭ и некротическим ОПБЭ, удельного веса случаев ОПБЭ в этиологической структуре ОП и случаев некротического ОПБЭ в структуре ОПБЭ (рис. 1), абсолютного числа пациентов с НП, удельного веса случаев НП в структуре ОП и случаев некротического ОПБЭ в этиологической структуре НП (рис. 2).

Данные рис. 1 свидетельствуют, что число пациентов с ОП (при сравнении соответствующих показателей 2012 г. и 2021 г.) увеличилось в 1,3 раза, с ОПБЭ – в 1,5 раза, с некротическим ОПБЭ – в 1,8 раза.

Среднегодовой прирост заболеваемости ОП за указанный период составил 3 %. В этиологической структуре ОП удельный вес случаев ОПБЭ вырос с 27,9 % в 2012 г. до 32,9 % в 2021 г. (в целом за период – 29,9 %) при среднегодовом приросте заболеваемости ОПБЭ 5,3 % (аналогичный показатель при алкогольном ОП – 0,2 %).

В структуре ОПБЭ удельный вес некротических форм вырос с 35,3 % в 2012 г. до 42,3 % в 2021 г. и в целом за период составил 37,9 %.

Данные рис. 2 свидетельствуют, что число пациентов с НП (при сравнении соответствующих показателей 2012 г. и 2021 г.) увеличилось в 1,5 раза.

В структуре ОП удельный вес случаев НП вырос с 32,8 % в 2012 г. до 38 % в 2021 г. и в целом за период составил 33,1 %.

Среднегодовой прирост заболеваемости НП за указанный период составил 6,4 %. В этиологической структуре НП удельный вес случаев ОПБЭ вырос с 30 % в 2012 г. до 36,7 % в 2021 г. (с максимальным значением 52,4 % в 2019 г., в целом за период – 34,3 %) при среднегодовом приросте заболеваемости некротическим ОПБЭ 8,5 % (аналогичный показатель при некротическом ОП алкогольной этиологии – 5,1 %).

Полученные нами результаты согласуются с опубликованными относительно удельного веса (80,6 %) двух основных причин ОП в этиологической структуре

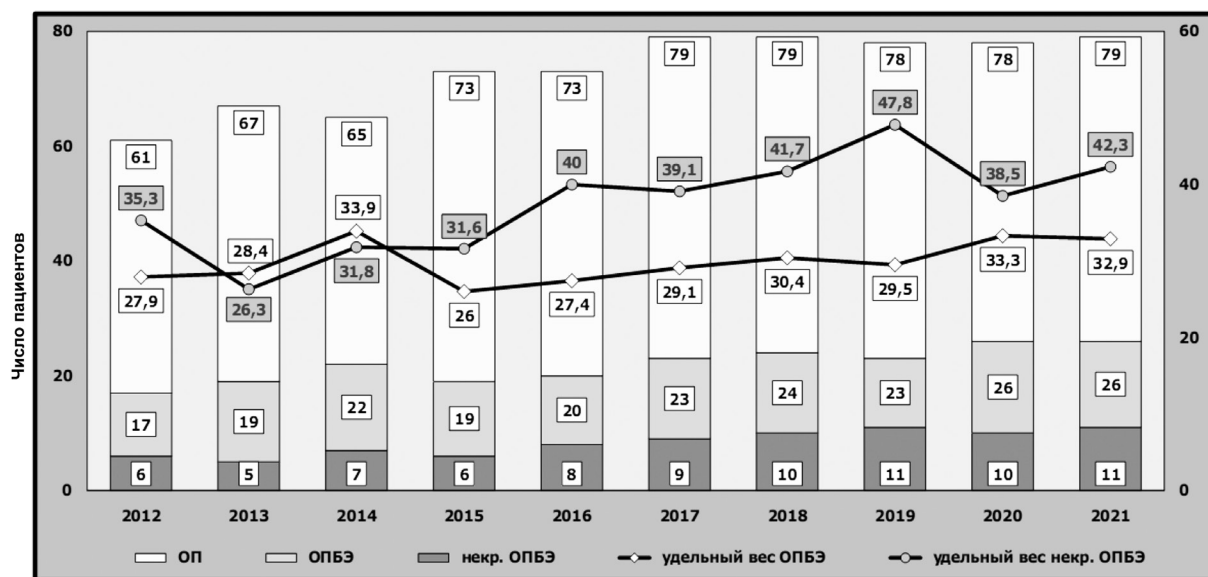


Рисунок 1. Абсолютное число пациентов с ОП, ОПБЭ и некротическим ОПБЭ, удельный вес случаев ОПБЭ и некротического ОПБЭ

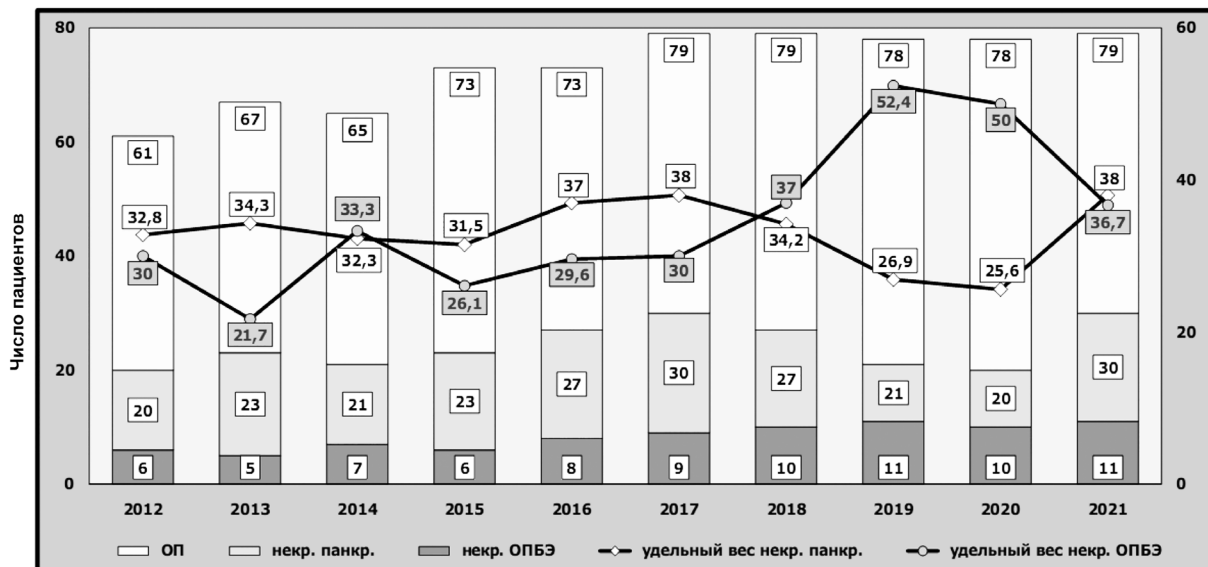


Рисунок 2. Абсолютное число пациентов с ОП, некротическими формами ОП и ОПБЭ, удельный вес случаев некротических форм ОП и ОПБЭ

заболевания [4, 8, 10, 14], их соотношения (преобладание алкогольного/алиментарного фактора, что характерно для стран Восточной Европы) и среднегодового прироста заболеваемости ОП (3 %) как за счет увеличения употребления алкоголя, так и за счет увеличения частоты ЖКБ [22]. При этом следует подчеркнуть более существенный среднегодовой прирост заболеваемости НП (6,4 %), среднегодовой прирост заболеваемости ОПБЭ 5,3 % (аналогичный показатель при алкогольном ОП – 0,2 %) и среднегодовой прирост заболеваемости некротическим ОПБЭ 8,5 % (аналогичный показатель при некротическом ОП алкогольной этиологии – 5,1 %).

Несмотря на определенную положительную динамику результатов лечения, летальность при ОП остается высокой. За анализируемый период уровень общей летальности при ОП поступательно снизился с 8,2 % в 2012 г. до 2,5 % в 2021 г. и в целом составил 3,7 %, уровень общей летальности при ОПБЭ поступательно снизился с 11,8 % в 2012 г. до 3,9 % в 2021 г. и в целом составил 4,6 %. В структуре общей летальности при ОП на долю случаев ОПБЭ пришлось 37 %. В свою очередь, уровень летальности при НП поступательно снизился с 20 % в 2012 г. до 6,7 % в 2021 г. и в целом составил 9,9 %. Уровень летальности при некротическом ОПБЭ поступательно снизился с 33,3 % в 2012 г. до 9,1 % в 2021 г. и в целом составил 10,8 %. В структуре летальности при НП на долю случаев ОПБЭ пришлось 37,5 %.

Полученные нами результаты сопоставимы с опубликованными в литературе. Так, по данным Gullo L. et al. (2002) уровень общей летальности при ОПБЭ составил 6,8 %, уровень летальности при некротическом ОПБЭ – 19,3 %, при этом на долю случаев ОПБЭ в структуре общей летальности пришлось 32,5 %, в структуре летальности при НП – 28,6 % [5].

В рамках ретроспективного обсервационного исследования проведен анализ 198 наблюдений пер-

вого приступа и 21 наблюдения повторных приступов ОПБЭ.

В этиологической структуре первых приступов ОП доля ОПБЭ составила 30,5 %, алкогольного ОП – 48,7 %. Среди 198 наблюдений первого приступа ОПБЭ отечный (интерстициальный) панкреатит выявлен в 115 (58,1 %), НП – в 83 (41,9 %) случаях, из них в 78 (94 %) – стерильный (неинфицированный), в 5 (6 %) – инфицированный.

Мужчин было 112 (56,6 %), женщин – 86 (43,4 %).

Возраст пациентов варьировал от 21 года до 96 лет и в среднем составил 65,3 (54,3–75,1) [61,9; 66,1] года, при этом доля лиц пожилого и старческого возраста составила 62,1 %.

В первые 12 ч от начала заболевания на лечение поступили 30,8 % (61/198) пациентов, в первые 24 ч – 63,6 % (126/198), в первые 48 ч – 77,8 % (154/198), позже 72 ч – 11,6 % (23/198).

Более чем у 90 % (187/198) пациентов выявлены сопутствующие заболевания, из них у 86,1 % (161/187) – два и более. В отдельную категорию (ИБС+) выделены 19,7 % (39/198) пациентов, у которых ишемическая болезнь сердца (ИБС) проявлялась стенокардией, постинфарктным кардиосклерозом и нарушением ритма. Структуру сопутствующей патологии составили артериальная гипертензия – у 65,2 %, ИБС – у 56,6 %, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – у 29,8 %, алиментарно-конституциональное ожирение – у 25,8 %, заболевания почек – у 17,2 %, сахарный диабет – у 13,6 %, хроническая обструктивная болезнь легких – у 11,1 %, заболевания печени – у 11,1 %, дисциркуляторная энцефалопатия – у 2,5 % лиц.

При первом приступе ОПБЭ пик заболеваемости у мужчин и женщин приходится на пожилой возраст – 34,8 % и 39,5 % соответственно, при этом категории пациентов с наибольшим удельным весом составили поступающие на лечение в первые сутки от начала

заболевания мужчины пожилого возраста (15,2 %), женщины среднего (11,1 %) и пожилого (9,7 %) возраста.

Полученные нами результаты согласуются с опубликованными относительно доминирования в возрастной структуре ОПБЭ лиц пожилого и старческого возраста [7], а некоторое преобладание мужчин объясняется ведомственными особенностями контингента пациентов нашего учреждения.

Общая летальность при первом приступе ОПБЭ составила 4,5 % (9/198), при отечном (интерстициальном) панкреатите – 0,9 % (1/115), при НП без дифференциации его клинико-морфологической формы – 9,6 % (8/83), при стерильном (неинфицированном) НП – 7,6 % (6/79), при инфицированном НП – 40 % (2/5).

Среди умерших было 7 (77,8 %) мужчин и 2 (22,2 %) женщины. Летальность среди мужчин составила 6,3 % (7/112), среди женщин – 2,3 % (2/86), средний возраст умерших – 65,3 (54,3 - 75,1) [61,9; 66,1] года (мужчин – 67,6 (54,9–76,5) [62,9; 68,4], женщин – 63,2 (52,9 - 73,6) [58,9; 64,9]). В структуре неблагоприятных исходов на долю лиц пожилого и старческого возраста пришлось 88,9 % (у мужчин – 85,7 % (6/7), у женщин – 100 % (2/2)). Случаи летальных исходов среди поступавших на лечение в разные сроки от начала заболевания распределились равномерно (до 12 ч – 2, 13–24 ч – 3, 25–72 ч – 2, позже 72 ч – 2). Значимого влияния пола, возраста и срока обращения за медицинской помощью на общую летальность при первых приступах ОПБЭ не выявлено. В числе сопутствующих заболеваний у 7 из 9 (77,8 %) умерших определялась ИБС, проявлявшаяся стенокардией, постинфарктным кардиосклерозом и нарушением ритма, что предопределило значимое ($U\text{-test} = 285,0; p = 0,001$) влияние преморбидного статуса на общую летальность при первых приступах ОПБЭ.

Мы наблюдали 21 повторный приступ ОПБЭ у 16 (8,1 %) человек, что составило 9,6 % (21/219) всех случаев ОПБЭ и 25,3 % (21/83) всех рецидивов ОП. Число повторных приступов у конкретного пациента варьировало от 1 до 3 (в среднем – 1,0 (1,0–1,0) [0,9; 1,7]), при этом один рецидив отмечен у 13 (81,3 %), 2 и более – у 3 (18,7 %). Первый повторный приступ развивался в сроки от 1 месяца до 8,8 лет (в среднем – 10,1 (6,7–25,9) [14,5; 26,5] мес.), второй и последующие – в сроки от 7,1 месяцев до 6,5 лет (в среднем – 39,5 (13,4–49,1) [1,5; 73,8] мес.) с момента первого приступа ОПБЭ.

При рецидивах ОПБЭ отечный (интерстициальный) панкреатит выявлен в 10 (47,6 %) случаях, НП – в 11 (52,4 %), из них в 10 (90,9 %) стерильный (неинфицированный), в 1 (9,1 %) – инфицированный.

Мужчин было 15 (71,4 %), женщин – 6 (28,6 %).

Возраст пациентов варьировал от 24 до 88 лет и в среднем составил 73,3 (58,7–79,3) [61,7; 75,47] года, при этом доля лиц пожилого и старческого возраста увеличилась до 71,4 %.

Тенденция к раннему обращению за медицинской помощью отмечена и при повторных приступах

ОПБЭ. Так, в первые 12 ч от начала заболевания на лечение поступили 66,7 % (14/21) пациентов, в первые 24 ч – 76,2 % (16/21), в первые 48 ч – 80,9 % (17/21), позже 72 ч – 9,5 % (2/21).

Сопутствующие заболевания выявлены у всех пациентов, у 95,2 % – два и более, у каждого третьего – ИБС, проявлявшаяся стенокардией, постинфарктным кардиосклерозом и нарушением ритма. Структура сопутствующей патологии была сопоставима с таковой у лиц с первым приступом ОПБЭ.

При сравнении групп, выделенных по клинико-морфологической форме повторного приступа ОПБЭ, статистически значимых различий по полу, возрасту, срокам от начала заболевания и преморбидному статусу не выявлено.

При рецидивах ОПБЭ пик заболеваемости приходится на старческий возраст у мужчин (53,3 %) и пожилой возраст у женщин (83,3 %), при этом категории пациентов с наибольшим удельным весом составили поступавшие на лечение в первые сутки от начала заболевания мужчины старческого возраста (38,1 %) и женщины пожилого возраста (19,1 %).

Умер 1 мужчина 24 лет с инфицированным НП, поступивший на лечение позже 72 ч от начала заболевания. Общая летальность при рецидивах ОПБЭ составила 4,8 % (1/21), при отечном (интерстициальном) панкреатите и при стерильном (неинфицированном) НП летальных исходов не было, при НП без дифференциации его клинико-морфологической формы – 9,1 % (1/11), при инфицированном НП – 100 % (1/1).

Согласно опубликованным данным, каждый последующий приступ ОП характеризуется уменьшением выраженности клинических проявлений и, как следствие, более легким течением, что сопровождается снижением летальности [16].

Между тем, при ОПБЭ тяжесть первого рецидива определяется тяжестью первого приступа. Так, если первый приступ был легким, рецидив был тяжелым в 9 % случаев, если первый приступ был тяжелым, рецидив был тяжелым в 50 % случаев [19]. Следовательно, достаточно существенное число наблюдений повторных приступов ОПБЭ характеризуются тяжелым течением с уровнем летальности 10 % [12, 17, 21], а по отдельным данным – 31 % [15].

Полученные нами результаты свидетельствуют, что в 28,6 % (6/21) случаев повторных приступов ОПБЭ развивалась равнозначно легкая (относительно предыдущего) клинико-морфологическая форма заболевания, в 23,8 % (5/21) – при предыдущем тяжелее, в 4,8 % (1/21) – равнозначно тяжелой, в 42,8 % (9/21) – при предыдущем легче.

Частота развития некротических форм при первых приступах (83/198, 41,9 %) ниже аналогичного показателя при рецидивах ОПБЭ (11/21, 52,4 %). Общая летальность и летальность при НП при первых приступах (9/198, 4,5 % и 8/83, 9,6 %) сопоставимы с таковыми при рецидивах ОПБЭ (1/21, 4,8 % и 1/11, 9,1 %) без значимого различия анализируемых показателей.

Таким образом, в 47,6 % наблюдений рецидивов ОПБЭ заболевание характеризуется равнознач-

но или более тяжелым течением с возможным летальным исходом.

В целом при ОПБЭ общая летальность составила 4,6 % (10/219), при отечном (интерстициальном) панкреатите – 0,7 % (1/136), при НП без дифференциации его клинко-морфологической формы – 10,8 % (9/83), при стерильном (неинфицированном) НП – 7,8 % (6/77), при инфицированном ПН – 50 % (3/6).

Среди умерших было 8 (80 %) мужчин и 2 (20 %) женщины. Средний возраст умерших составил 66,1 (54,6–75,7) [62,5; 66,4] года, (мужчин – 66,9 (55,3–77,4) [63,3; 68,6], женщин – 64,1 (54,1–73,5) [59,5; 65,2]). На долю лиц пожилого и старческого возраста пришлось 80 % неблагоприятных исходов. Случаи летальных исходов среди поступавших на лечение в разные сроки от начала заболевания распределились равномерно (до 12 ч – 2, 13–24 ч – 3, 25–72 ч – 2, позже 72 ч – 3). У всех умерших определялись сопутствующие заболевания, у 90 % – два и более, у 70 % – ИБС, проявлявшаяся стенокардией, постинфарктным кардиосклерозом и нарушением ритма, что предопределило значимое влияние преморбидного статуса (U -test = 521,0; p = 0,007) на общую летальность при ОПБЭ.

Увеличение абсолютного числа пациентов ОПБЭ и некротическим ОПБЭ во многом определяет рост заболеваемости ОП в целом.

Заболеваемость ОПБЭ практически равномерно распределяется между мужчинами и женщинами в соотношении 1,4:1. Пик заболеваемости (36,1 %) приходится на пожилую возраст. В возрастной структуре ОПБЭ доля лиц пожилого и старческого возраста составила 62,6 %. Каждый третий пациент обращался за медицинской помощью в первые 12 ч, 64,4 % – в первые 24 ч, 78,1 % – в первые 48 ч от начала заболевания. Категорию пациентов с наибольшим удельным весом (14,2 %) составили мужчины пожилого возраста, поступавшие на лечение в первые сутки от начала заболевания.

У 82,7 % пациентов ОПБЭ преморбидный статус отягощен двумя и более сопутствующими заболеваниями, у каждого пятого – ИБС, проявляющейся стенокардией, постинфарктным кардиосклерозом или нарушением ритма. Преморбидный статус оказывает значимое влияние на общую летальность при ОПБЭ.

Рецидивы ОПБЭ составляют 9,6 % всех приступов заболевания и 25,3 % всех рецидивов ОП, при этом в 47,6 % случаев рецидивов ОПБЭ заболевание характеризуется равнозначно или более тяжелым течением с возможным летальным исходом.

Литература

1. Багненко, С. Ф. Хирургическая панкреатология / С. Ф. Багненко, А. А. Курыгин, Г. И. Синенченко. – СПб.: Речь, 2009. – 798 с.: ил.
2. Паскарь, С. В. Патогенетические подходы в лечении билиарного панкреатита / С. В. Паскарь // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. – 2010. – Т. 3, № 31. – С. 78–83.
3. Савельев, В. С. Острый панкреатит / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, С. З. Бурневич // Клиническая хирургия:

национальное руководство: в 3 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 2. – с. 196–228.

4. *Современные представления о патогенезе, диагностике и хирургическом лечении билиарного панкреатита* / С. Я. Ивануса [и др.] // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. – 2017. – Т. 176, № 1. – С. 120–124.

5. *Acute Pancreatitis in Five European Countries: Etiology and Mortality* / L. Gullo [et al.] // *Pancreas*. – 2002. – Vol. 24, № 3. – P. 223–7.

6. *An Update on Recurrent Acute Pancreatitis: Data From Five European Countries* / L. Gullo [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* – 2002. – Vol. 97, № 8, – P. 1959–62.

7. *Analysis of Factors Associated with the Severity of Acute Pancreatitis according to Etiology* / D. B. Kim [et al.] // *Gastroenterol. Res. Pract.* – 2017. – Vol. 2017. – P. 1219464.

8. *Cho, J. H. Comparison of clinical course and outcome of acute pancreatitis according to the two main etiologies: alcohol and gallstone* / J. H. Cho, T. N. Kim, S. B. Kim // *BMC Gastroenterol.* – 2015. – Vol. 15. – P. 87.

9. *Classification of acute pancreatitis – 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus* / P. A. Banks [et al.] // *Gut*. – 2013. – Vol. 62. – P. 102–111.

10. *Comparative study of the outcome between alcohol and gallstone pancreatitis in a high-volume tertiary care center* / J. Samanta [et al.] // *JGH Open*. – 2019. – Vol. 3. – P. 338–343.

11. *Early endoscopic retrograde cholangiopancreatography in predicted severe acute biliary pancreatitis: a prospective multicenter study* / H. C. van Santvoort [et al.] // *Ann. Surg.* – 2009. – Vol. 250, № 1. – P. 68–75.

12. *Gallstone Pancreatitis in Older Patients: Are We Operating Enough?* / M. D. Trust [et al.] // *Surgery*. – 2011. – Vol. 150, № 3. – P. 515–525.

13. *Gallstone Pancreatitis: A Review* / D. Cucher [et al.] // *Surg. Clin. N. Am.* – 2014. – Vol. 94. – P. 257–280.

14. *Hu, C. Treatment strategy for gallstone pancreatitis and the timing of cholecystectomy* / C. Hu, S.-Q. Shen, Z.-B. Chen // *World J. Meta-Anal.* – 2014. – Vol. 2, № 2. – P. 42–48.

15. *Long-term Effectiveness of Cholecystectomy and Endoscopic Sphincterotomy in the Management of Gallstone Pancreatitis* / A. Mustafa [et al.] // *Surg. Endosc.* – 2014. – Vol. 28, № 1. – P. 127–33.

16. *Lowenfels, A. B. The changing character of acute pancreatitis: epidemiology, etiology, and prognosis* / A. B. Lowenfels, P. Maisonneuve, T. Sullivan // *Curr. Gastroenterol. Rep.* – 2009. – Vol. 11, № 2. – P. 97–103.

17. *Management Guidelines for Gallstone Pancreatitis. Are the Targets Achievable?* / P. Sanjay [et al.] // *JOP*. – 2009. – Vol. 10, № 1. – P. 43–47.

18. *Outcomes of early versus delayed cholecystectomy in patients with mild to moderate acute biliary pancreatitis: A randomized prospective study* / S. L. Jee [et al.] // *Asian J. Surg.* – 2018. – Vol. 41, № 1. – P. 47–54.

19. *Recurrence of Acute Gallstone Pancreatitis and Relationship With Cholecystectomy or Endoscopic Sphincterotomy* / V. Hernandez [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* – 2004. – Vol. 99, № 12. – P. 2417–23.

20. *Recurrent Biliary Acute Pancreatitis Is Frequent in a Real-World Setting* / S. Stigliano [et al.] // *Dig. Liver Dis.* – 2018. – Vol. 50, № 3. – P. 277–282.

21. *Shafi, A. A. Gallstone pancreatitis management: Are we following the guidelines?* / A. A. Shafi, G. Al Saied, B. N. Al Harthi // *Saudi J. Health Sci.* – 2016. – Vol. 5, № 1. – P. 15–19.

22. *The incidence and aetiology of acute pancreatitis across Europe* / S. E. Roberts [et al.] // *Pancreatol.* – 2017. – Vol. 17, № 2. – P. 155–165.

References

1. *Bagненко, S. F. Hirurgicheskaya pankreatologiya* / S. F. Bagненко, A. A. Kurygin, G. I. Sinenchenko. – SPb.: Rech', 2009. – 798 s.: il.

2. Paskar', S. V. Patogeneticheskie podhody v lechenii biliarnogo pankreatita / S. V. Paskar' // Vestn. Ros. Voen.-med. akad. – 2010. – Т. 3, № 31. – С. 78–83.
3. Savel'ev, V. S. Ostryj pankreatit / V. S. Savel'ev, M. I. Filimonov, S. Z. Burnevich // Klinicheskaya hirurgiya: nacional'noe rukovodstvo: v 3 t. / pod red. V. S. Savel'eva, A. I. Kirienko. – M.: GEOTAR-Media, 2009. – Т. 2. – С. 196–228.
4. Sovremennye predstavleniya o patogeneze, diagnostike i hi-rurgicheskom lechenii biliarnogo pankreatita / S. Ya. Ivanusa [et al.] // Vestn. hirurгии im. I. I. Grekova. – 2017. – Т. 176, № 1. – С. 120–124.
5. Acute Pancreatitis in Five European Countries: Etiology and Mor-tality / L. Gullo [et al.] // Pancreas. – 2002. – Vol. 24, № 3. – P. 223–7.
6. An Update on Recurrent Acute Pancreatitis: Data From Five Euro-pean Countries / L. Gullo [et al.] // Am. J. Gastroenterol. – 2002. – Vol. 97, № 8. – P. 1959–62.
7. Analysis of Factors Associated with the Severity of Acute Pancreatitis according to Etiology / D. B Kim [et al.] // Gastroenterol. Res. Practi. – 2017. – Vol. 2017. – P. 1219464.
8. Cho, J. H. Comparison of clinical course and outcome of acute pan-creatitis according to the two main etiologies: alcohol and gallstone / J. H. Cho, T. N. Kim, S. B. Kim // BMC Gastroenterol. – 2015. – Vol. 15. – P. 87.
9. Classification of acute pancreatitis – 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus / P. A. Banks [et al.] // Gut. – 2013. – Vol. 62. – P. 102–111.
10. Comparative study of the outcome between alcohol and gallstone pancreatitis in a high-volume tertiary care center / J. Samanta [et al.] // JGH Open. – 2019. – Vol. 3. – P. 338–343.
11. Early endoscopic retrograde cholangiopancreatography in predicted severe acute biliary pancreatitis: a prospective multicenter study / H. C. van Santvoort [et al.] // Ann. Surg. – 2009. – Vol. 250, № 1. – P. 68–75.
12. Gallstone Pancreatitis in Older Patients: Are We Operating Enough? / M. D. Trust [et al.] // Surgery. – 2011. – Vol. 150, № 3. – P. 515–525.
13. Gallstone Pancreatitis: A Review / D. Cucher [et al.] // Surg. Clin. N. Am. – 2014. – Vol. 94. – P. 257–280.
14. Hu, C. Treatment strategy for gallstone pancreatitis and the timing of cholecystectomy / C. Hu, S.-Q. Shen, Z.-B. Chen // World J. Meta-Anal. – 2014. – Vol. 2, № 2. – P. 42–48.
15. Long-term Effectiveness of Cholecystectomy and Endoscopic Sphincterotomy in the Management of Gallstone Pancreatitis / A. Mustafa [et al.] // Surg. Endosc. – 2014. – Vol. 28, № 1. – P. 127–33.
16. Lowenfels, A. B. The changing character of acute pancreatitis: epi-demiology, etiology, and prognosis / A. B. Lowenfels, P. Maisonneuve, T. Sul-livan // Curr. Gastroenterol. Rep. – 2009. – Vol. 11, № 2. – P. 97–103.
17. Management Guidelines for Gallstone Pancreatitis. Are the Targets Achievable? / P. Sanjay [et al.] // JOP. – 2009. – Vol. 10, № 1. – P. 43–47.
18. Outcomes of early versus delayed cholecystectomy in patients with mild to moderate acute biliary pancreatitis: A randomized prospective study / S. L. Jee [et al.] // Asian J. Surg. – 2018. – Vol. 41, № 1. – P. 47–54.
19. Recurrence of Acute Gallstone Pancreatitis and Relationship With Cholecystectomy or Endoscopic Sphincterotomy / V. Hernandez [et al.] // Am. J. Gastroenterol. – 2004. – Vol. 99, № 12. – P. 2417–23.
20. Recurrent Biliary Acute Pancreatitis Is Frequent in a Real-World Setting / S. Stigliano [et al.] // Dig. Liver Dis. – 2018. – Vol. 50, № 3. – P. 277–282.
21. Shafi, A. A. Gallstone pancreatitis management: Are we following the guidelines? / A. A. Shafi, G. Al Saied, B. N. Al Harthi // Saudi J. Health Sci. – 2016. – Vol. 5, № 1. – P. 15–19.
22. The incidence and aetiology of acute pancreatitis across Europe / S. E. Roberts [et al.] // Pancreatol. – 2017. – Vol. 17, № 2. – P. 155–165.

Поступила 27.01.2023 г.