

## АКТУАЛЬНІСТЬ ВІКОВОГО АСПЕКТУ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ І ВЕДЕННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

©Л. С. Бабінець<sup>1</sup>, Н. О. Шевченко<sup>2</sup>

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»<sup>1</sup>  
Одеський національний медичний університет<sup>2</sup>

**РЕЗЮМЕ.** Впродовж останніх років чітко спостерігається зростання поширеності патології ПЗ в осіб молодого працездатного віку, однак загострення хронічного процесу в разі сприятливих умов відбувається у всіх вікових категоріях. У статті проаналізовано останні літературні дані щодо поширеності, клініко-патогенетичних особливостей найбільш розповсюджених різних за етіологічними чинниками форм хронічного панкреатиту з урахуванням вікових груп пацієнтів. Доведено актуальність поглибленого вивчення вікових аспектів хронічного панкреатиту, встановлення клініко-патогенетичних особливостей різних вікових груп хворих, а також розробки на основі цього алгоритмів ведення пацієнтів з хронічним панкреатитом і коморбідними станами із урахуванням встановлених вікових особливостей.

Сучасні тенденції медицини і суспільного життя в Україні – впровадження низки реформ на державному рівні щодо збільшення пенсійного віку людей, «помолодшання» і переважання людей працездатного віку серед хворих на хронічний панкреатит, наявність великої кількості коморбідних станів у хворих похилого віку на хронічний панкреатит, виявлення нових невивчених етіологічних форм хронічного панкреатиту та їх вікових особливостей тощо – роблять актуальною проблему поглибленого вивчення вікових аспектів хронічного панкреатиту, встановлення клініко-патогенетичних особливостей різних вікових груп хворих, а також розробку на основі цього алгоритмів ведення пацієнтів з хронічним панкреатитом і коморбідними станами із урахуванням встановлених вікових особливостей.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** хронічний панкреатит; вікові аспекти; клініко-патогенетичні особливості; ведення хворих.

**Вступ.** У зв'язку із сучасними тенденціями розвитку суспільного життя в Україні (впровадження низки реформ на державному рівні щодо збільшення пенсійного віку людей, «помолодшання» багатьох захворювань і переважання людей працездатного віку серед хворих з більшістю соціально значимих нозологій тощо) на особливу увагу заслуговує питання поглибленого вивчення вікових аспектів хвороб органів травлення, зокрема хронічного панкреатиту (ХП), а також розробка алгоритмів ведення таких хворих із урахуванням вікових особливостей.

**Основна частина.** Серед усіх захворювань шлунково-кишкового тракту ХП викликає чи не найбільше запитань, на які немає чітких відповідей, оскільки ця патологія належить до поліетіологічних і поліморбідних захворювань та характеризується запальними і дегенеративними змінами у підшлунковій залозі (ПЗ), має тяжкий перебіг та з віком призводить до низки ускладнень. Поширеність ХП серед населення різних країн варіює від 0,2 до 0,7 %, причому серед хворих гастроентерологічного профілю, за різними даними, досягає 10,0 % [1, 5, 7, 28]. В Україні за період 2006–2013 рр. показник поширеності хвороб ПЗ на 10 тис. дорослого населення зріс на 56,8 %. Показники госпіталізації зросли на 11,6 % при гострому панкреатиті та

на 30,2 % при хронічному перебігу хвороби. Суттєво, що показник пізньої госпіталізації становив 37,0–40,0 %, що пов'язано з післяопераційною летальністю, рівень якої при гострому панкреатиті за останні 10 років становив 14,0–10,8 %, тоді як при ХП цей показник поступово збільшувався та у 2013 р. становив 7,8 %, що значно перебільшує світові показники. Причому страждають переважно пацієнти працездатного віку. З'ясовано, що при наявності в анамнезі ХП ризик розвитку раку ПЗ впродовж 20 років збільшується в 5 разів. Своєю чергою рак ПЗ, що розвивається на тлі ХП, може бути пов'язаний з процесом хронічного запалення та має вкрай несприятливий прогноз. Тому запобігання розвитку захворювань ПЗ, профілактика загострень ХП, своєчасна діагностика та адекватне лікування захворювання з урахуванням віку пацієнта становить медико-соціальну проблему [1–3, 11, 16].

Згідно із віковою класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) (перегляд 2015 р.) виділяють наступні вікові періоди: від 25 до 45 років відносять до молодого віку, 46–65 років – люди середнього віку, 66–75 років – люди похилого віку, 75–90 років – старечого віку та після 90 років – довгожителі. Згідно з сучасною класифікацією ВООЗ, похилий вік починається з 65 років, що, мабуть, пов'язано з тим, що в більшості

**Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему**

розвинутих країн пенсійний вік встановлюють саме в цей період, а не в 60 років, як у нашій державі. Це також потребує урахування при вивченні вікових характеристик ХП. За останніми даними, середня тривалість життя в Україні для жінок становить 73 роки, а для чоловіків – 58 років. Суттєво, що у всьому світі простежується процес збільшення кількості людей похилого та старечого віку. За прогнозами ООН, на 2025 рік кількість людей, старших за 60 років, перевищить 600 млн і становитиме понад 15 % всього дорослого населення планети [23]. Саме тому потребує поглибленого вивчення геріатричний аспект перебігу ХП.

Для людей похилого віку характерна наявність поліморбідних станів, серед яких захворювання серцево-судинної системи займає провідну позицію. Серед серцево-судинної нозології перше місце посідає ішемічна хвороба серця із генералізованим атеросклерозом і мікроциркуляторними порушеннями, що з часом призводять до хронічної ішемії всіх органів, розвитку незворотних змін в органах з втратою основних функцій. ПЗ – один із перших органів, який при наявності тривалої ішемії відповідає зниженням функціональної активності, яке проявляється як незначними змінами структури, так і суттєвою дегенерацією залози, що призводить до вираженої недостатності. ПЗ має великі компенсаторні властивості, зовнішньосекреторна недостатність, яка прогресує тривалий час, клінічно проявляється лише синдромом мальабсорбції, а порушення саме панкреатичної секреції проявляються лише при тяжкому ураженні залози. Саме ПЗ є одним із головних органів травного каналу, оскільки вона синтезує на добу понад два літри секрету, який містить більше 20 травних ферментів (ліполітичних, амілолітичних, протеолітичних) та бікарбонатів [2, 4, 7, 13]. У патогенезі ХП важливе значення відіграє пошкоджувальна дія панкреатичних ферментів на власну тканину ПЗ. Суттєво, що на початку захворювання, у разі припинення дії етіологічного фактора, який запустив патологічний процес, хвороба прогресує. Не слід забувати про значення нервово-рефлекторних впливів, що якнайбільше виражені у людей похилого та старечого віку. У низці досліджень було встановлено, що в процесі старіння організму інтенсивність кровопостачання ПЗ знижується, розміри та кількість функціонуючих ацинусів зменшується, активна тканина залози заміщається жировою та фіброзною тканиною, внаслідок чого відбуваються порушення імунної системи та зниження реакції макроорганізму на вплив зовнішніх патогенних факторів [5, 6, 15, 18, 20]. Все це також потребує вивчення для відпрацювання диференційованих програм ведення хворих на ХП залежно від віку.

В експериментальному дослідженні [15] з визначення морфометричних параметрів складових екзокринних відділів ПЗ, виконаному на щурах різних вікових груп, було встановлено, що у старих білих щурів питома вага ПЗ є меншою на  $(3,78 \pm 0,01)$  %, порівняно з молодими щурами, і доведено, що площа ацинусів ПЗ та їх діаметри у тварин з віком зменшуються, а питома вага стромального компонента, навпаки, зростає. Під час морфологічного дослідження екзокринних відділів ПЗ було з'ясовано, що ядерно-цитоплазматичні співвідношення екзокриноцитів ПЗ молодих статевозрілих тварин переважають аналогічні параметри старих тварин, що свідчить про різну функціональну активність зовнішньосекреторної діяльності. Також вчені помітили, що з віком у експериментальних тварин відбувається звуження вставних відділів проток та розширення внутрішньочасточкових і міжчасточкових проток, що засвідчує різну адаптаційну здатність протокової системи в цілому. Це мотивує вивчати клінічні особливості перебігу ХП у віковому аспекті.

Впродовж останніх років спостерігається чітко зростання поширеності патології ПЗ в осіб молодого працездатного віку, однак загострення хронічного процесу в разі «сприятливих умов» відбувається у всіх вікових категоріях. Маніфестація запального процесу у ПЗ починається з ушкоджувальної дії на залозу одного або сукупності декількох етіологічних чинників, до яких належить неправильне харчування, а саме зловживання жирною їжею та алкоголем. Причому ризик розвитку захворювання або загострення хронічного процесу у ПЗ збільшується експоненціально, а конкретний вид алкоголю, який вживають, не має значення. На сьогодні чітко встановлено, що при наявності в анамнезі ХП ризик розвитку раку ПЗ впродовж 20 років збільшується в 5 разів [5, 6, 9, 14, 20, 22]. До сьогоднішнього часу однозначно не встановлена кількість і тривалість вживання алкоголю, які призводять до розвитку ХП. За даними деяких авторів [6, 19, 21], вживання алкоголю на рівні не менше 80 г/добу для чоловіків та 60 г/добу для жінок (у перерахунку на чистий етанол) впродовж не менше 6 років сприяє загостренню ХП. Запуск процесу запалення ПЗ відбувається внаслідок зловживання алкоголем та його сурогатами. Суттєво, що вирішального значення не мають ні якість, ні кількість спиртного. Існують дані про генетичну схильність до захворювання [6, 24]. Крім того, важливе значення має індукція ураження ПЗ сукупністю факторів – одночасне вживання спиртного, куріння, вживання великої кількості смаженої, а також бідної на білок їжі [8, 17, 27].

На особливу увагу заслуговує ХП при метаболічному синдромі, який також молодшає. Вчені

### **Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему**

різних спеціальностей відмічають, що тривалість життя пацієнтів з надмірною вагою зменшується в середньому до 5 років, а при вираженому ожирінні – до 15 років [2, 8, 10]. Коморбідні патології ускладнюють перебіг одна одної, створюють труднощі у встановленні діагнозу та виборі тактики лікування, значно погіршують якість життя хворих. Надмірна вага часто провокує розвиток різноманітних захворювань шлунково-кишкового тракту, а саме функціональних порушень травного каналу, неалкогольного стеатогепатиту та жирової інфільтрації ПЗ, жовчнокам'яної хвороби. Розвиток ХП та подальше формування стеатозу печінки та ПЗ в осіб з надлишковою масою тіла вищий при біліарному та алкогольному типах захворювання та відносно частіше спостерігається у людей молодого та середнього віку [12, 17, 25].

Щодо холецистолітазу або холедохолітазу як етіологічного фактора розвитку хронічного біліарного панкреатиту (ХБП) дискусії ведуться донині. У Європі, за даними різних авторів, жовчнокам'яна хвороба є причиною розвитку від 30,0 до 50,0 % випадків гострого панкреатиту. Серед етіологічних факторів ХБП у половині випадків є патологія жовчовивідних шляхів. Залучення ПЗ у патологічний процес при хронічному некалькульозному холециститі та холецистолітазі має чітку пряму залежність від стажу захворювання, протокової або міхурової локалізації конкрементів. Важливе значення в патогенезі захворювання мають вроджені аномалії жовчовивідних шляхів, патологія фатерового сосочка дванадцятипалої кишки, кісти холедоха. Жінки хворіють частіше за чоловіків [3, 24, 26]. Вікові особливості біліарного ХП потребують поглибленого вивчення. Єдиним можливим методом етіотропного лікування хронічної біліарної патології, особливо у людей літнього віку, є відкрита чи лапароскопічна холецистектомія (ХЕ), оперативне усунення холедохолітазу та папілостенозу. За даними різних авторів [20, 26], оперативне втручання з приводу холедохолітазу за планової холецистектомії в умовах висококваліфікованого хірургічного стаціонару приводить до повного одужання з відновленням достатньої якості життя. Однак у доступній літературі [3, 16, 17] наведені дані, що після ХЕ близько 40,0 % хворих звертаються до дільничних терапевтів, сімейних лікарів і гастроентерологів зі скаргами на наявність дискомфорту або больового синдрому у верхній ділянці живота. Оперативне втручання з приводу холедохолітазу або його наслідків запускає подальший розвиток патофізіологічних змін у панкреатобіліарній системі, що призводить до порушення процесів травлення і всмоктування їжі. Існує думка [29], що наявність каміння у жовчному міхурі або у жовчовивідних протоках самі по

собі не є факторами ризику розвитку ХП. З іншого боку, такі анатомічні аномалії ПЗ як *pancreas divisum*, аберантна ПЗ тощо при наявності провокувальних факторів ризику можуть призвести до маніфестації запального процесу у ПЗ у пацієнтів різних вікових груп.

Не слід забувати і про так званий «медикаментозний панкреатит», який належить до рідкісних захворювань, що виникає у 3,0–5,0 % випадків при нераціональному вживанні антибіотиків (цефтріаксон, ампіцилін, тетрациклін, рифампіцин, еритроміцин, ізоніазид, нітрофурантоїн, метронідазол); противірусних препаратів, що застосовуються з приводу імунодефіцитних станів (нелфінавір, диданозін); діуретиків (хлортіазид, гідрохлортіазид, фуросемід); препаратів, що використовуються при кислотозалежних захворюваннях шлунково-кишкового тракту (ранітидин, циметидин, омепразол, октреотид), при серцево-судинній патології (каптоприл, еналаприл, аміодарон, лозартан); імуносупресанти/цитостатики (цитозин, арабінозид, дексаметазон, паклітаксел, такролімус); інші препарати (преднізолон, дексаметазон, кодеїн, симвастатин, правастатин, парацетомол, індометацин) та інших медикаментозних засобів [10, 14]. Питання патогенезу медикаментозного панкреатиту залишається відкритим, але відомо, що майже ніколи захворювання не починається після передозування лікарських засобів. У більшості випадків захворювання виникає при вживанні стандартних нетоксичних доз медикаментів. На сьогодні при наявності розвинутої рекламної промоції на телебаченні, у транспорті, на сторінках журналів тощо при відсутності законодавства щодо обов'язкового введення лише рецептурного продажу лікарських засобів в аптечних пунктах, а також при низькому рівні спеціальних знань щодо використання певних медикаментів при конкретній патології у необхідному дозуванні у різній віковій категорії пацієнтів з урахуванням ваги тіла та супутньої патології, створюється сприятлива ситуація для збільшення питомої ваги медикаментозного панкреатиту в популяції.

На особливу увагу заслуговує ідіопатичний ХП у дітей, особливістю якого є рання маніфестація захворювання у віці до 20 років при наявності характерного сімейного анамнезу. Поширеність ХП у дітей коливається на рівні 4–13 випадків на 100 тис. дітей. При підозрі на захворювання ПЗ обстеження дітей раннього віку слід починати з виключення муковісцидозу шляхом визначення вмісту хлоридів у поті. Після цього дитину треба ретельно обстежити на найпоширеніші паразитарні інфекції. Крім того, з батьками треба провести бесіду щодо необхідності генетичного обстеження дитини, особливо при наявності гостро-

### **Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему**

го абдомінального болю в анамнезі. Генетичне обстеження включає визначення наявності трансмембранного регулятора кістозного фіброзу (CFTR), хімотрипсिनогену С (CTRC), карбоксиестроліпази (CEL) тощо [10, 12].

У випадку, коли ретельний збір анамнезу, комплексне лабораторне та інструментальне обстеження пацієнтів із включенням всіх сучасних методик обстеження не дають бажаного результату щодо визначення домінантного етіологічного чинника, не слід забувати про аутоімунний панкреатит (АІП), що є досить рідкісним захворюванням сполучної тканини, при якому уражаються не тільки ПЗ, а й сусідні органи біліарного тракту, слинні залози, заочеревинний простір, лімфатичні вузли та інші органи. Раніше АІП вважали підтипом ХП, а в 1995 р., на засіданні Японського товариства з розгляду питань щодо патології ПЗ це захворювання було виділено в самостійну нозологічну одиницю. За даними японського епідеміологічного дослідження, АІП зустрічається у 0,71 випадках на 10 тис. населення, і з кожним роком поширеність захворювання збільшується, що, мабуть, пов'язано з більшими діагностичними можливостями і значним прогресом сучасної медицини [9, 12]. Клінічна картина цього доволі рідкісного захворювання починає проявлятися у хворих пізніше, порівняно з іншими формами ХП, на 10–20 років, причому чоловіки хворіють частіше за жінок. Під час загальноприйнятого лабораторного дослідження таких пацієнтів привертає увагу гіпергамаглобулінемія, а саме ІG4, наявність антинуклеарних, антигладком'язових та антимитохондріальних антитіл, ревматоїдного фактора, антитіл до цитоплазми нейтрофілів, лактоферину та карбоангідрази I, II та IV поряд із збільшенням панкреатичних ферментів у сироватці крові та наявністю, в більшості випадків, холестазу. Остаточ-

ну ясність у встановлення діагнозу АІП вносить гістологічне дослідження біопсійного матеріалу. На відміну від алкогольного панкреатиту, для якого при гістологічному дослідженні характерні деформація проток, кальцифікація з утворенням псевдокіст та некрозу, при АІП спостерігається запалення, деструкція проток та прогресуючий фіброз паренхіми. У хворих на АІП під час імуногістохімічного дослідження визначають виражену лімфоплазмоцитарну інфільтрацію СP4+ або С08- Т-лімфоцитами та TgG4-позитивними плазматичними клітинами. Вивчення вікових особливостей вищенаведених рідкісних форм ХП потребує поглибленого підходу для формування раціональної лікувальної тактики.

Залишаються нез'ясованими питання клініко-патогенетичних особливостей перебігу ХП у віковому аспекті, а питання лікування та реабілітації хворих на цю актуальну нозологію різної етіології в амбулаторній практиці потребує проведення подальших досліджень.

**Висновок.** Сучасні тенденції медицини і суспільного життя в Україні – впровадження низки реформ на державному рівні щодо збільшення пенсійного віку людей, «помолодшання» і переважання людей працездатного віку серед хворих на хронічний панкреатит, наявність великої кількості коморбідних станів у хворих похилого віку на хронічний панкреатит, виявлення нових невивчених етіологічних форм хронічного панкреатиту та їх вікових особливостей тощо – роблять актуальною проблему поглибленого вивчення вікових аспектів хронічного панкреатиту, встановлення клініко-патогенетичних особливостей різних вікових груп хворих, а також розробку на основі цього алгоритмів ведення пацієнтів з хронічним панкреатитом і коморбідними станами із урахуванням встановлених вікових особливостей.

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Бабінець Л. С. Клініко-патогенетичне обґрунтування впливу тютюнопаління на клінічний перебіг хронічного панкреатиту / Л. С. Бабінець, З. Я. Пінкевич // Здоров'я України. – 2013. – № 4. – С. 46–48.
2. Оцінка клінічної симптоматики та загального стану хворих на хронічний панкреатит в амбулаторній практиці / О. І. Криськів, Ю. В. Коваль, Ю. Я. Коцаба, Т. С. Литвинюк // Здобутки клінічної та експериментальної медицини. – 2011. – С. 8.
3. Бабінець Л. С. Патогенетичні аспекти хронічного панкреатиту біліарного ґенезу після холецистектомії / Л. С. Бабінець, Н. В. Назарчук // Вестник клуба панкреатологов. – 2014. – № 3 (24). – С. 4–8.
4. Бараков А. Г. Лечение больных хроническим панкреатитом в амбулаторно-поликлинических условиях / А. Г. Бараков // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. – 2007. – № 5. – С. 71–72.
5. Диагностическое значение изменений матричных металлопротеиназ при заболеваниях поджелудочной железы / Л. В. Винокурова, Г. Г. Варванина, А. В. Смирнова [и др.] // Вестник клуба панкреатологов. – 2017. – № 3 (36). – С. 44–47.
6. Винокурова Л. В. Клинико-патогенетические механизмы развития внешне- и внутрисекреторной недостаточности при хроническом панкреатите : автореф. дисс. на соискание ученой степени д-ра мед. наук: 14.00.47. – Москва, 2009. – 24 с.
7. Григорьева И. Н. Физические и психические аспекты качества жизни у больных острым и хроническим панкреатитом / И. Н. Григорьева // Вестник клуба панкреатологов. – 2010. – № 3 (8). – С. 54–56.
8. Гріненко Т. Ю. Оцінка якості життя у хворих на гастроентерологічну патологію / Т. Ю. Гріненко // «Медицина XXI століття»; Мат. Науково-практичної конферен-



**Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему**

ції молодих вчених, 26 листопада 2009 року. – Харків, 2009. – С. 35–36.

9. Губергриц Н. Б. Новая международная классификация хронического панкреатита (2007) M-ANNHEIM / Н. Б. Губергриц // Вестник Клуба Панкреатологов. – 2008. – № 1, Т. 2. – С. 10–25.

10. Губергриц Н. Б. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы: этиопатогенетические варианты и лечение / Н. Б. Губергриц // Сучасна гастроентерологія. – 2013. – № 3 (13). – С. 24–32.

11. Губергриц Н. Б. Лікування хронічного панкреатиту / Н. Б. Губергриц // Сучасна гастроентерологія. – 2007. – № 4 (14). – С. 25–35.

12. Губергриц Н. Б. Практична панкреатологія / Н. Б. Губергриц, С. В. Скопиченко. – Донецьк : Либідь, 2007. – 244 с.

13. Губергриц Н. Б. Лікування хронічного панкреатиту / Н. Б. Губергриц, О. О. Голубова // Рациональная фармакотерапия. – 2007 – № 1 (2).

14. Дослідження клінічного перебігу та якості життя хворих на хронічний панкреатит у віддалений період після холецистектомії / Н. В. Назарчук, Л. С. Бабінець, С. С. Рябоконе, Б. О. Мігенько // Здобутки клінічної та експериментальної медицини. – 2014. – С. 31–32.

15. Мокра А. П. Вікові особливості морфометричних змін екзокринного апарату підшлункової залози / А. П. Мокра, А. Г. Шульгай, О. І. Пелешок // Вестник клуба панкреатологов. – 2017. – № 1 (34). – С. 18–20.

16. Наказ МОЗ України від 13.06.2005 № 271 // Наказ про затвердження клінічного протоколу для надання медичної допомоги хворим на хронічний панкреатит.

17. Порівняльна характеристика якості життя хворих на хронічний панкреатит після холецистектомії / Л. С. Бабінець, Н. В. Назарчук, Б. О. Мігенько [та ін.] // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2014. – № 1 (20). – С. 150.

18. Alcohol and smoking as risk factors in an epidemiology study of patients with chronic pancreatitis / G. A. Co, D. Yadav, A. Slivka [et al.] // Clin. Gastroenterol. Hepatol. – 2011. – Vol. 9. – P. 266–273.

19. Alcohol consumption, cigarette smoking and the risk of recurrent acute and chronic pancreatitis / D. Yadav,

R. H. Hawes, R. E. Brand [et al.] // Arch. Intern. Med. – 2009. – No. 11, Vol. 169. – P. 1035–1045.

20. American College of Gastroenterology guideline management of acute pancreatitis / S. Tenner, J. Bailie, J. DeWitt [et al.] // Am. J. Gastroenterol. – 2013. – Vol. 108. – P. 1400–1415.

21. Diagnosis of mild chronic pancreatitis (Cambridge classification): comparative study using secretin injection-magnetic resonance cholangiopancreatography and endoscopic retrograde pancreatography / J. K. Sai, M. Suyama, Y. Kubokawa, S. Watanabe // World J. Gastroenterol. – 2008. – Vol. 14, No. 8. – P. 1218–1221.

22. Etmad B. Chronic pancreatitis: diagnosis, classification, and new genetic developments / B. Etmad, D. C. Whitcomb // Gastroenterology. – 2009. – № 120 (3). – P. 682–707.

23. ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision. Geneva: World Health Organization; 2004 <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42980>, accessed 6 May 2015.

24. Lankisch P. G. Естественное течение острого панкреатита. Что мы знаем сегодня и что нам нужно знать завтра : лекция / P. G. Lankisch // Вестник клуба панкреатологов. – 2009. – № 23. – С. 7–12.

25. Preoperative hypoalbuminemia is an independent risk factor for the development of surgical site infection following gastrointestinal surgery: a multi-institutional study / D. B. Hennessey, J. P. Burke [et al.] // Ann. Surg. – 2010. – Vol. 252. – P. 325–329.

26. Risk of pancreatic adenocarcinoma in chronic pancreatitis / D. Malka, P. Hammel [et al.] // Gut. – 2002. – Vol. 51. – P. 849–852.

27. Rutter K. Hospitalization, frequency of interventions, and quality of life after endoscopic, or conservative treatment in patients with chronic pancreatitis / K. Rutter, A. Ferlitsch, T. Sautner // WJS. – 2010. – Vol. 34, No. 11. – P. 2642–2647.

28. Xiao B. Magnetic resonance imaging for acute pancreatitis / B. Xiao, X. M. Zhang // World J. Radionol. – 2010. – Vol. 2, No. 8. – P. 298–308.

29. Yadav D. The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer / D. Yadav, A. B. Lowenfels // Gastroenterology. – 2013. – Vol. 144. – P. 1252–1261.

REFERENCES

1. Babinets, L.S., Pinkevich, Z.Ya., (2013). Kliniko-patohenetychne obhruntuvannya vplyvu tiutunopalinnia na klinichni perebih khronichnoho pankreatytu [Clinical and pathogenetic substantiation of the smoking influence on the clinical course of chronic pancreatitis]. *Zdorovia Ukrainy – Health of Ukraine*, 4, 46-48 [in Ukrainian].

2. Babinets, L.S., Kryskiv, O.I., Koval, Yu.V., Kotsaba, Yu. Ya., & Lytvyuniuk, T.S. (2011). Otsinka klinichnoi symptomatyky ta zahalnoho stanu khvorykh na khronichnyi pankreatyt v ambulatornii praktytsi [Assessment of clinical symptoms and general condition of patients with chronic pancreatitis in outpatient practice]. *Zdobutky klinichnoi ta eksperymentalnoi medytsyny – Achievements of Clinical and Experimental Medicine*, 8 [in Ukrainian].

3. Babinets, L.S., & Nazarchuk, N.V. (2014). Patohenetychni aspekty khronichnoho pankreatytu biliarnoho genezu pislia kholetsystektomii [Pathogenetic aspects of chronic pancreatitis of biliary genesis after cholecystectomy]. *Vestnyk kluba pankreatologov – Journal of the Club of Pancreatologists*, 3 (24), 4-8 [in Ukrainian].

4. Barakov, A.G. (2007). Lecheniye bolnykh khronicheskim pankreatitom v ambulatorno-poliklinicheskikh usloviyakh [Treatment of patients with chronic pancreatitis in ambulatory polyclinic conditions]. *Eksperimentalnaya i klinicheskaya gastroenterologiya – Experimental and Clinical Gastroenterology*, 5, 71-72 [in Russian].

5. Vinokurova, L.V., Varvanina, G.G., & Smirnova, A.V. (2017). Diagnosticheskoye znacheniyе izmeneniy matriks-

**Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему**

- nykh metalloproteinaz pri zaboлевaniyakh podzheludochnoy zhelezy [Diagnostic value of changes in matrix metalloproteinases in diseases of the pancreas]. *Vestnik kluba pankreatologov – Journal of the Club of Pancreatologists*, 3 (36), 44-47 [in Russian].
6. Vinokurova, L.V. (2009). Kliniko-patogeneticheskiye mekhanizmy razvitiya vneshne- i vnutrisekretornoy nedostatochnosti pri khronicheskom pankreatite [Clinical and pathogenetic mechanisms of development of extra- and intrasecretory insufficiency in chronic pancreatitis]. *Extended abstract of Candidate's thesis*. Moscow [in Russian].
7. Grigoryeva, I.N. (2010). Fizicheskiye i psikhicheskiye aspekty kachestva zhizni u bolnykh ostrym i khronicheskim pankreatitom [Physical and mental aspects of quality of life in patients with acute and chronic pancreatitis]. *Vestnik kluba pankreatologov – Journal of the Club of Pancreatologists*, 3 (8), 54-56 [in Russian].
8. Hrinenko, T.Yu. (2009). Otsinka yakosti zhyttia u khvorykh na hastroenterolohichnu patolohiiu [Estimation of quality of life in patients with gastroenterological pathology]. *"Medytsyna XXI stolittia"; Materialy naukovopraktychnoi konferentsii molodykh vchenykh – "Medicine of the XXI Century"; Materials of Scientific and Practical Conference of Young Scientists*, 35-36 [in Ukrainian].
9. Gubergits, N.B. (2008). Novaya mezhdunarodnaya klassifikatsyya khronicheskogo pankreatita (2007) M-ANNHEIM [New International Classification of Chronic Pancreatitis (2007). M-ANNHEIM]. *Vestnyk Kluba Pankreatologov – Journal of the Club of Pancreatologists*, 1 (2), 10-25 [in Russian].
10. Gubergits, N.B. (2013). Vneshnesekretornaya nedostatochnost podzheludochnoy zhelezy: étyopatogeneticheskie varyanty i lecheniye [Extrasecretory pancreatic insufficiency of the pancreas: etiopathogenetic variants and treatment]. *Suchasna hastroenterolohiya – Modern Gastroenterology*, 3 (13), 24-32 [in Russian].
11. Gubergits, N.B. (2007). Likuvannya kronichnoho pankreatytu [Treatment of chronic pancreatitis]. *Suchasna hastroenterolohiya – Modern Gastroenterology*, 4 (14), 25-35 [in Ukrainian].
12. Huberhritz, N.B., & Skopichenko, N.B. (2007). *Praktychna pankreatolohiya [Practical pancreatology]*. Donetsk: Lybid [in Ukrainian].
13. Huberhritz, N.B., & Holubova, O.O. (2007). Likuvannya khronichnoho pankreatytu [Treatment of chronic pancreatitis]. *Ratsyonalnaya farmakoterapiya – Rational Pharmacotherapy*, 1 (2) [in Ukrainian].
14. Nazarchuk, N.V., Babinets, L.S., Riabokon, S.S., Minhenko, B.O. (2014). Doslidzhennia klinichnoho perebihu ta yakosti zhyttia khvorykh na khronichnyi pankreatyt u viddalenyi period pislia kholetsystektomii [Research of clinical course and quality of life of patients with chronic pancreatitis in the remote period after cholecystectomy]. *Zdobutky klinichnoi ta eksperymentalnoi medytsyny – Achievements of Clinical and Experimental Medicine*, 31-32 [in Ukrainian].
15. Mokra, A.P., Shulhai, A.H., Pelesk, O.I. (2017). Vikovi osoblyvosti morfometrychnykh zmin ekzokrynnoho aparatu pidshlunkovoi zalozy [Age features of morphometric changes of the exocrine apparatus of the pancreas]. *Vestnyk kluba pankreatologov – Journal of the Club of Pancreatologists*, 1 (34), 18-20 [in Ukrainian].
16. Nakaz pro zatverdzhennia klinichnoho protokolu dlia nadannia medychnoi dopomohy khvorym na khronichnyi pankreatyt [Order on the approval of the clinical protocol for the provision of medical care to patients with chronic pancreatitis]. *Nakaz MOZ Ukrainy vid 13.06.2005 № 271 – Order of the Ministry of Health of Ukraine dated June 13, 2005, No. 271* [in Ukrainian].
17. Babinets, L.S., Nazarchuk, N.V., & Mihnenko, B.O. (2014). Porivnialna kharakterystyka yakosti zhyttia khvorykh na khronichnyi pankreatyt pislia kholetsystektomii [Comparative characteristic of quality of life of patients with chronic pancreatitis after cholecystectomy]. *Zdobutky klinichnoi i eksperymentalnoi medytsyny – Achievements of Clinical and Experimental Medicine*, 1 (20), 150 [in Ukrainian].
18. Co, G.A., Yadav, D., & Slivka, A. (2011). Alcohol and smoking as risk factors in an epidemiology study of patients with chronic pancreatitis. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.*, 9, 266-273.
19. Yadav, D., Hawes, R.H., & Brand, R.E. (2009). Alcohol consumption, cigarette smoking and the risk of recurrent acute and chronic pancreatitis. *Arch. Intern. Med.*, 11 (169), 1035-1045.
20. Tenner, S., Bailie, J., & DeWitt, J. (2013). American College of Gastroenterology guideline management of acute pancreatitis. *Am. J. Gastroenterol.*, 108, 1400-1415.
21. Sai, J.K., Suyama, M., Kubokawa, Y., Watanabe, S. (2008). Diagnosis of mild chronic pancreatitis (Cambridge classification): comparative study using secretin injection-magnetic resonance cholangiopancreatography and endoscopic retrograde pancreatography. *World J. Gastroenterol.*, 14 (8), 1218-1221.
22. Etmad, B., & Whitcomb, D.C. (2009). Chronic pancreatitis: diagnosis, classification, and new genetic developments. *Gastroenterology*, 120 (3), 682-707.
23. ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision. Geneva: World Health Organization; 2004 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/42980>, accessed 6 May 2015).
24. Lankisch, P.G. (2009). Yestestvennoye techeniye ostrogo pankreatita. Chto my znayem segodnya i chto nam nuzhno znat zavtra (lektsiya) [The natural course of acute pancreatitis. What we know today and what do we need to know tomorrow (lecture)]. *Vestnik kluba pankreatologov – Journal of the Club of Pancreatologists*, 23, 7-12 [in Russian].
25. Hennessey, D.B., & Burke, J.P. (2010). Preoperative hypoalbuminemia is an independent risk factor for the development of surgical site infection following gastrointestinal surgery: a multi-institutional study. *Ann. Surg.*, 252, 325-329.
26. Malka, D., & Hammel, P. (2002). Risk of pancreatic adenocarcinoma in chronic pancreatitis. *Gut.*, 51, 849-852.
27. Rutter, K., Ferlitsch, A., & Sautner, T. (2010). Hospitalization, frequency of interventions, and quality of life after endoscopic, or conservative treatment in patients with chronic pancreatitis. *WJS*, 34 (11), 2642-2647.
28. Xiao, B., & Zhang, X.M. (2010). Magnetic resonance imaging for acute pancreatitis. *World J. Radional.*, 2 (8), 298-308.
29. Yadav, D., & Lowenfels, A.B. (2013). The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer. *Gastroenterology*, 144, 1252-1261.

*Огляди літератури, оригінальні дослідження, погляд на проблему*

## **АКТУАЛЬНОСТЬ ВОЗРАСТНОГО АСПЕКТА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

**©Л. С. Бабинец<sup>1</sup>, Н. А. Шевченко<sup>2</sup>**

*ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского»<sup>1</sup>  
Одесский национальный медицинский университет<sup>2</sup>*

**РЕЗЮМЕ.** В последние годы отчетливо наблюдается рост распространенности патологии ПЖ у лиц молодого трудоспособного возраста, однако обострение хронического процесса в случае благоприятных условий происходит во всех возрастных категориях. В статье проанализированы последние литературные данные о распространенности, клинико-патогенетических особенностях наиболее распространенных различных по этиологическим факторам форм хронического панкреатита с учетом возрастных групп пациентов. Доказана актуальность углубленного изучения возрастных аспектов хронического панкреатита, установления клинико-патогенетических особенностей различных возрастных групп больных, а также разработки на основе этого алгоритмов ведения пациентов с хроническим панкреатитом и коморбидными состояниями с учетом установленных возрастных особенностей.

Современные тенденции медицины и общественной жизни в Украине – внедрение ряда реформ на государственном уровне об увеличении пенсионного возраста людей, «омоложение» и преобладание людей трудоспособного возраста среди больных хроническим панкреатитом, наличие большого количества коморбидных состояний у больных хроническим панкреатитом пожилого возраста, выявление новых неизученных этиологических форм хронического панкреатита и их возрастных особенностей и т.д. – делают актуальной проблему углубленного изучения возрастных аспектов хронического панкреатита, установления клинико-патогенетических особенностей различных возрастных групп больных, а также разработку на основе этого алгоритмов ведения пациентов с хроническим панкреатитом и коморбидными состояниями с учетом установленных возрастных особенностей.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** хронический панкреатит; возрастные аспекты; клинико-патогенетические особенности; ведение больных.

## **ACTUALITY OF THE AGE-RELATED ASPECT OF CLINICAL COURSE AND MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS (LITERATURE REVIEW)**

**©L. S. Babinets, N. O. Shevchenko**

*I. Horbachevsky Ternopil State Medical University<sup>1</sup>  
Odesa State Medical University<sup>2</sup>*

**SUMMARY.** In recent years, there has been a marked increase in the prevalence of pathology in young people of working age, but aggravation of the chronic process in case of favorable conditions occurs in all age categories. The article analyzes recent literature data on the prevalence, clinical and pathogenic characteristics of the most common etiological factors of chronic pancreatitis, taking into account the age groups of patients. The actuality of in-depth study of the age aspects of chronic pancreatitis, establishment of clinical and pathogenic features of different age groups of patients, and also development on the basis of these algorithms for the management of patients with chronic pancreatitis and comorbid conditions, taking into account the established age characteristics, have been proved.

Modern trends in medicine and social life in Ukraine are the introduction of a number of reforms at the state level to increase the retirement age, “youth” and the prevalence of people of working age among patients with chronic pancreatitis, the presence of a large number of comorbid conditions in the elderly for chronic pancreatitis, the discovery of new unexplored etiological forms of chronic pancreatitis and their age characteristics, etc. – make the actual problem of in-depth study of the age aspects of chronic pancreatitis, establishes in clinical and pathogenic features of different age groups of patients and the development of algorithms based on the management of patients with chronic pancreatitis and comorbid conditions, taking into account age-set.

**KEY WORDS:** chronic pancreatitis; age aspects; clinical-pathogenic features; management of patients.

Отримано 09.10. 2017