

УДК 616.37-002-036.11-009.7-079.4-036.22

doi: 10.21685/2072-3032-2024-3-3

**Эпидемиология и эволюция исторических аспектов
дифференциально-диагностических критериев
абдоминального болевого синдрома на примере
острого панкреатита (обзор литературы)**

А. А. Баулин¹, Л. А. Аверьянова², В. А. Баулин³, О. А. Баулина⁴

^{1,2,3,4}Пензенский институт усовершенствования врачей –
филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Пенза, Россия

²Клиническая больница № 6 имени Г. А. Захарина, Пенза, Россия

¹baoulin@mail.ru, ²mila.averria@mail.ru, ³voviku1984@mail.ru, ⁴olga.kosenko@mail.ru

Аннотация. Приведены обобщенные данные о динамике заболеваемости острым панкреатитом. На основе баз данных ELIBRARY.RU, РИНЦ, PubMed рассматриваются подходы к ведению больных с абдоминальным болевым синдромом на примере острого панкреатита. Рассматриваются данные по ведению больных с абдоминальной болью, механизмы ее формирования, причины возникновения. Описаны достижения и нерешенные вопросы, касающиеся ранней и дифференциальной диагностики данной патологии, что требует продолжения научных исследований в этой области.

Ключевые слова: острый панкреатит, абдоминальная боль, рецидивирующее течение

Для цитирования: Баулин А. А., Аверьянова Л. А., Баулин В. А., Баулина О. А. Эпидемиология и эволюция исторических аспектов дифференциально-диагностических критериев абдоминального болевого синдрома на примере острого панкреатита (обзор литературы) // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2024. № 3. С. 23–42. doi: 10.21685/2072-3032-2024-3-3

**Epidemiology and evolution of historical aspects of differential
diagnostic criteria of abdominal pain syndrome by the example
of acute pancreatitis (literature review)**

A.A. Baulin¹, L.A. Averyanova², V.A. Baulin³, O.A. Baulina⁴

^{1,2,3,4}Penza Institute of Advanced Medical Studies – branch of the Federal
State Government-financed Educational Establishment of Additional Professional
Education “Russian Medical Academy of Life-long Professional Learning”
of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Penza, Russia

²Clinical Hospital No. 6 named after G.A. Zakharin, Penza, Russia

¹baoulin@mail.ru, ²mila.averria@mail.ru, ³voviku1984@mail.ru, ⁴olga.kosenko@mail.ru

Abstract. The article provides an overview of domestic and foreign literature summarizing data on the dynamics of the incidence of acute pancreatitis. Based on databases elibrary.ru, RSCI, PubMed discusses approaches to the management of patients with abdominal pain syndrome using the example of acute pancreatitis. The data on the management of patients with abdominal pain, the mechanisms of its formation, and the causes of its occurrence are considered. The achievements and unresolved issues related to the early and differential di-

agnosis of this pathology are described, which requires the expediency of continuing scientific research in this area.

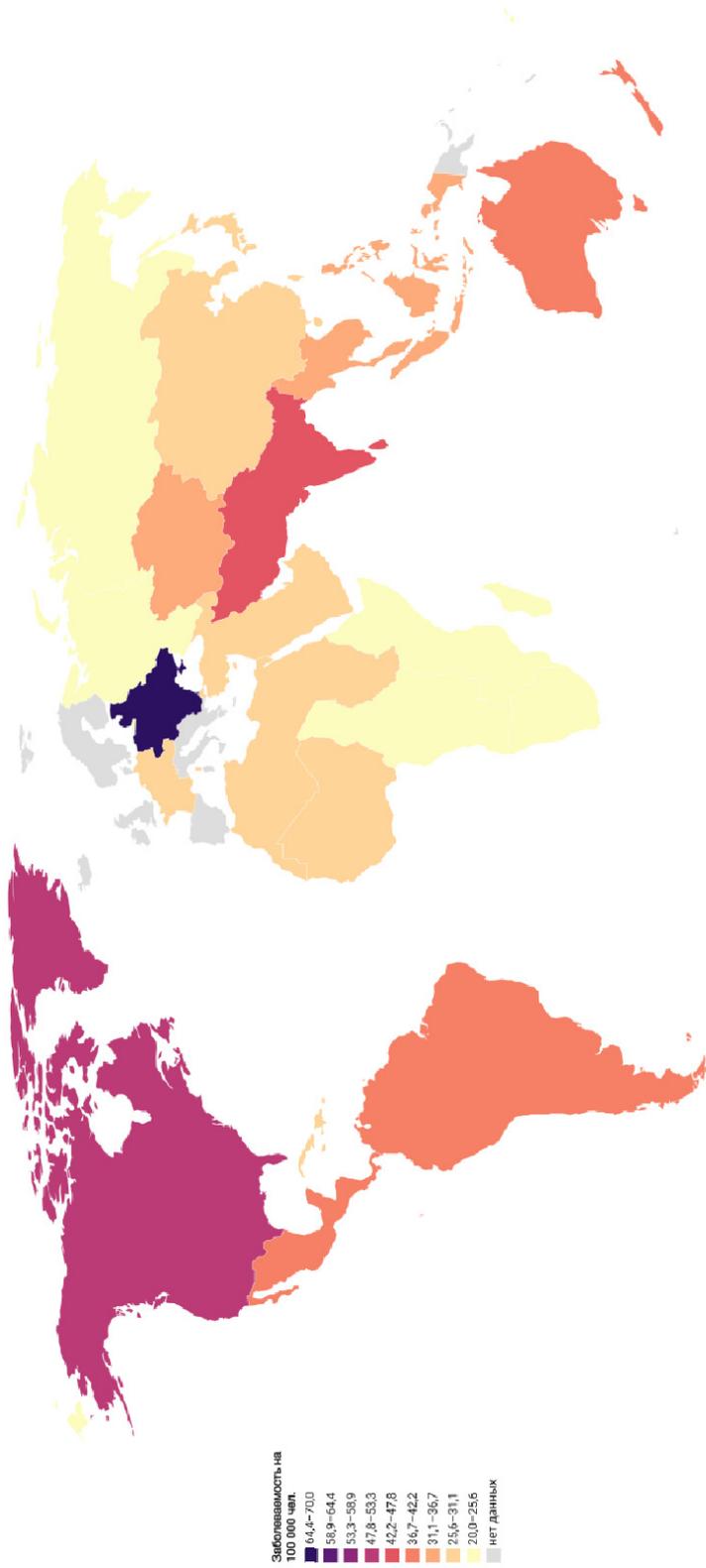
Keywords: acute pancreatitis, abdominal pain, recurrent course

For citation: Baulin A.A., Averyanova L.A., Baulin V.A., Baulina O.A. Epidemiology and evolution of historical aspects of differential diagnostic criteria of abdominal pain syndrome by the example of acute pancreatitis (literature review). *Izvestiya vysshikh uchebnykh zavedeniy. Povolzhskiy region. Meditsinskie nauki = University proceedings. Volga region. Medical sciences.* 2024;(3):23–42. (In Russ.). doi: 10.21685/2072-3032-2024-3-3

1. Медико-социальная значимость проблемы

Болезни органов пищеварения являются мировой проблемой, затрагивающей людей разного социально-экономического статуса, возраста и не имеющей гендерной принадлежности. Согласно приказу Минздрава России от 15.11.2012 № 922Н медицинская помощь, в том числе специализированная и высокотехнологичная, оказывается врачами-хирургами в стационарах клиник, условиях дневного стационара, поликлиниках, включает профилактику, диагностику, лечение хирургических заболеваний [1]. В статистических изданиях Росстата приведены показатели, характеризующие заболеваемость населения по основным классам болезней, в которых отражена работа амбулаторно-поликлинических организаций в сторону их увеличения с 2005 г. с 209,9 на 10 тыс. человек населения посещений в смену до 270,7 [2]. По оценке экспертов Всемирной организации здравоохранения, отечественных и зарубежных исследователей [3], на долю острого панкреатита (ОП) в настоящее время приходится от 5 до 73,5 случаев на 10 тыс. населения. В 2019 г. во всем мире было зарегистрировано 2 814 972,3 случая острого панкреатита, стандартизированный по возрасту глобальный уровень заболеваемости снизился с 37,9 на 100 тыс. до 34,8 на 100 тыс. в течение 1990–2019 гг. При этом чаще заболеванием страдали мужчины, чем женщины (41,0 против 34,5 на 100 тыс. в 1990 г. и 38,8 против 30,6 на 100 тыс. в 2019 г.) (рис. 1).

По данным ряда авторов, заболевание является наиболее распространенным диагнозом желудочно-кишечного расстройства при выписке, которое ложится значительным бременем на систему здравоохранения [4–7]. Авторы подчеркивают, что клиническое заболевание у большинства пациентов с ОП часто протекает в легкой форме и без осложнений. На основе правительственных документов Российской Федерации, направленных на снижение преждевременной смертности и сокращение распространения неинфекционных заболеваний, Министерством здравоохранения создана Двдцатая общая программа Всемирной организации здравоохранения, где общее направление действий согласуется со стратегией «Здоровье-2020». Если успехи в сокращении смертности от хронических неинфекционных заболеваний достигнуты за счет болезней сердечно-сосудистой системы и новообразований злокачественной этиологии, то снижение смертности от заболеваний желудочно-кишечного тракта происходит гораздо меньшими темпами. Здесь к основным причинам заболеваний поджелудочной железы следует отнести табакокурение и злоупотребление алкоголем [8].



<https://biomedresjournal.com/articles/10.1186/s12875-021-01906-2/tables/1>
Источник: BMC Medicine - Создано с помощью Datawrapper

Рис. 1. Показатели заболеваемости острым панкреатитом в мире в 2019 г.

С 2000 г. по настоящее время, по данным федерального статистического наблюдения и анкетирования государственных медицинских организаций 80 регионов, в которых проживает 99,3 % населения страны, изменилось соотношение острых форм заболеваний органов брюшной полости.

При этом произошло значительное увеличение заболеваемости острым панкреатитом с 10,8 до 23,2 %, тогда как сокращены случаи заболеваемости острым аппендицитом и перфоративной гастродуоденальной язвой [9–13]. Авторами исследований в данном направлении отмечено, что нет единства к подходу лечения острого панкреатита и диспансерного наблюдения после выписки пациентов с билиарной формой. Подчеркнута необходимость внедрения новых критериев для статистики этиологических факторов развития алкогольного и билиарного панкреатита. На XIV Съезде хирургов России в 2022 г. главный хирург А. Ш. Ревитский доложил об увеличении заболеваемости поджелудочной железы: острый панкреатит занимает в последние годы третье место и не имеет тенденции к снижению. В действующих Клинических рекомендациях по острому панкреатиту легкая степень тяжести по частоте встречаемости занимает до 85 % в структуре заболеваемости, характеризуется редким развитием локальных осложнений, не имеет фазового течения и носит абортный характер [9]. В информационных материалах по неотложной хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в Санкт-Петербурге за 2021 г. в динамике по сравнению с 2020 г. острый панкреатит находится на третьем месте и составляет 19,4 %, причем послеоперационная летальность составила 17,2 % [14].

В качестве профилактики возникновения острого панкреатита рекомендуется своевременное лечение желчнокаменной болезни, заболеваний внепеченочных желчных протоков и поджелудочной железы, однако ни в одну диспансерную группу больные с билиарным панкреатитом не входят: проводится консервативное лечение, но субстрат, который приводит к возникновению заболевания, не удаляется.

По данным Росстата, опубликованным в 2022 г. (рис 2), в Приволжском федеральном округе отмечается тенденция к увеличению болезней органов пищеварения с 2005 к 2020 г. Причем Пензенская область занимает первое место в округе, находясь на седьмом месте в России (заболеваемость составляет 41,9, на 1 тыс. человек).

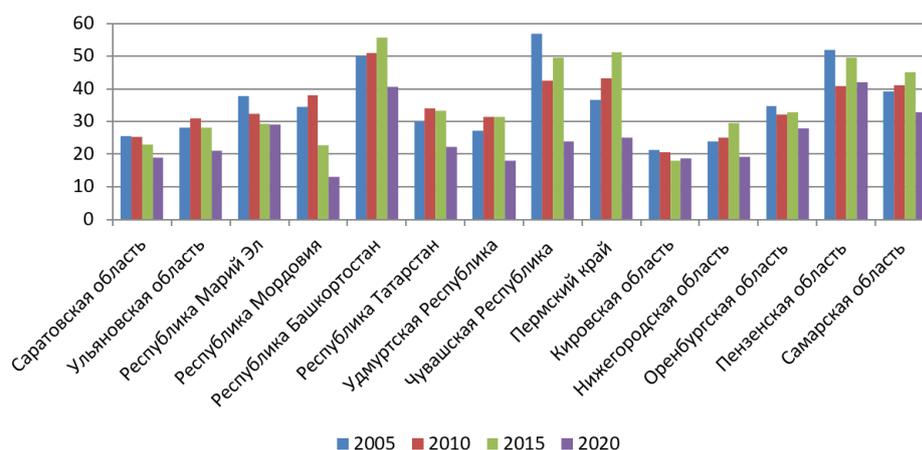


Рис. 2. – Динамика заболеваемости органов пищеварения в Приволжском федеральном округе в 2005–2020 гг.

Эпидемиологические данные абдоминальной боли, полученные в 42 странах, свидетельствуют о возникновении периодических жалоб у 20,6 % людей трудоспособного возраста и у более 30 % пациентов пожилого возраста [15, 16], среди которых больные, имеющие в анамнезе приступ острого панкреатита.

В этой связи отметим, что рецидивирующая абдоминальная боль у категории пациентов с легкими формами панкреатита ограничивает их мобильность и возможность выполнять повседневную работу, оказывает негативное влияние на качество жизни. Таким образом, остается нерешенным вопрос повторяющегося абдоминального болевого синдрома у больных и причин его возникновения, что является медико-социальной и экономической проблемой, влияющей на бюджет здравоохранения.

2. Эволюция подходов к ведению больных с абдоминальным болевым синдромом на примере острого панкреатита

Исследование патологии поджелудочной железы берет начало в XVI в. с изучения топографической, патологической анатомии поджелудочной железы, сосудов, протоков, патогенеза ОП. Первым исследователем, применившим научные методы в медицине, стал французский физиолог К. Бернар, который доказал возможность расщепления белков, жиров, углеводов соком поджелудочной железы и в 1856 г. создал экспериментальную модель геморрагического панкреатита на кроликах. В 1857 г. Ж. Корвизар открыл протеолитический фермент трипсин, синтезируемый экзокринными клетками поджелудочной железы млекопитающих. Академик И. П. Павлов экспериментальным путем разработал технику создания фистулы панкреатического протока в 1879 г. Позже он предоставил для исследований лабораторию молодому ученому Л. В. Соболеву, который в 1901 г. защитил диссертацию по теме «К морфологии поджелудочной железы и перевязке ее протока при диабете и некоторых других условиях». Через год ученые Э. Г. Старлинг и У. М. Бейлисс открыли секретин, ввели понятие «гормон». Американские врачи Э. Айви и Е. Олдберг в 1928 г. обнаружили на слизистой оболочке пептид, вызывающий сокращение желчного пузыря и выброс желчи в двенадцатиперстную кишку, названный позже холецистокинин. Немецкий патолог и бактериолог Э. Клебс в 1870 г. при изучении геморрагического панкреатита выделил его в самостоятельное заболевание. В 1897 г. отечественный хирург А. В. Мартынов защитил диссертацию на тему «Хирургия поджелудочной железы», чем открыл для других врачей возможности для хирургического лечения данной патологии. Это был первый период изучения и лечения острого панкреатита, когда знания у исследователей накапливались при вскрытии умерших пациентов, скончавшихся от осложненных форм заболевания. В первой половине XX в. в изучении физиологии поджелудочной железы появились новые научные работы: М. М. Виккер «Точное распознавание острого панкреатита вряд ли возможно» (1938), В. М. Воскресенский «Острый панкреатит распознается на операционном столе» (1942). В 1939–1940 гг. в двухтомнике «Неотложная хирургия» Г. Мондор описал серьезность заболеваний экстренной хирургической патологии и «частое бессилие хирургии», высокую смертность после операций при остром панкреатите: острый панкреатит при низком проценте выполнения вмешательств имел смертность 69,7 % (рис. 3).

Болезнь	Число операций	Умерло	Процент
Острый аппендицит	1 080	58	5,7
Ущемленная грыжа	190	43	22,6
Прободная язва желудка и двенадцати- перстной кишки	150	34	22,6
Острая непроходимость кишок	139	55	40
Разрыв трубной беременности	16	0	0
Острый панкреатит	13	9	69,2

Рис. 3. Сводная таблица оперативных вмешательств, составленная в 1928 г. американским хирургом Флинтом (Flint), «Неотложная хирургия» Г. Мондор

В своих трудах Г. Мондор подробно описал жалобы пациентов, динамику заболевания, интраоперационную картину, трудности дифференциальной диагностики форм панкреатита среди заболеваний ургентной патологии и секционные находки при вскрытии умерших пациентов, подтверждающие диагноз геморрагического панкреатита: «После вскрытия тотчас наружу вырываются раздутые петли тонкой кишки, в отлогих местах серозно-геморрагическая жидкость, поджелудочная железа налита кровью. Основное внимание привлекает большой сальник, он отечен, во многих местах его наблюдаются блестящие бледные пятна диаметром 2–4 мм, похожие на пятна стеарина от оплившей свечи...». Мондор не приводит статистические данные по встречаемости этого заболевания, но подчеркивает, что «острый геморрагический панкреатит почти всегда является абдоминальной катастрофой. Тот, кто владеет симптомами геморрагического панкреатита, не может ошибиться». Акцент в его работах делался на диагностику осложненных форм панкреатита, отечная легкая форма панкреатита хотя им и упоминалась, но критерии установления диагноза не уточнялись [17].

Дифференциальная диагностика осложненных форм проводилась на основе клинической картины, исключая ургентную патологию, и сбора анамнеза; часто диагноз устанавливался интраоперационно либо при вскрытии. Таким образом, в литературе XVIII–XIX вв. акцент врачи и ученые делали на выявлении и лечении осложненных форм патологии поджелудочной железы. Вопросы профилактики появления рецидивирующей абдоминальной боли вовсе не поднимались.

Н. Н. Самарин в своей монографии указывает, что, по данным иностранных статистик, заболеваемость острым панкреатитом находилась на уровне от 0,015 до 0,42 %. С 1936 по 1939 г. в Ленинграде зарегистрировано около 270 случаев острого панкреатита. В отечественной литературе автор с 1892 г. обнаружил 203 случая описания заболевания, уточняя, что острый панкреатит – редкая патология, составляющая 1 % заболеваний группы «острого живота». Автор в своей научной работе «Диагностика острого живота» указывает, что согласно протоколам Московского хирургического общества (1949), по мнению многих хирургов, распознать острые панкреатиты до операции почти невозможно. Он проводил дифференциальную диагностику среди заболеваний острого живота, делая акцент на лабораторной диагностике уровня сахара в крови, диастазы в моче и клинической картине [18].

Второй период характеризуется усовершенствованием диагностики (применение показателей активности ферментов поджелудочной железы, лапароскопии, ультразвукового исследования (УЗИ)) и лечения больных (внедрение операций из мини-доступа). До середины 1980-х гг. врачи придерживались выполнения оперативных вмешательств при развитии панкреатогенного перитонита. В объем оперативного вмешательства включались: холецистэктомия, инфильтрация поджелудочной железы комплексом лекарственных препаратов, тампонирование сальниковой сумки. В те годы послеоперационная летальность составляла более 40 %. В 1990-е гг. в комплексной дифференциальной диагностике использовали фиброгастроуденоскопию, УЗИ, диагностическую лапароскопию. К клиническим и лабораторным предикторам развития осложнений острого панкреатита относили такие лабораторные маркеры, как уровень лейкоцитов, общего и прямого билирубина и пресепсина [19].

Третий период характеризуется проведением всероссийских и международных конференций, в частности, по проблемам острого панкреатита, увеличением публикаций научных статей по данной нозологии и монографий. Многократные поэтапные санации гнойно-некротических очагов в поджелудочной железе доказали свою необходимость и были введены в практику [20–22].

Четвертый период представлений о патогенезе, классификации, тактике лечения, внедрении малоинвазивных технологий берет свое начало с 1980 г., когда ранние хирургические вмешательства выполнялись мини-инвазивными способами и при билиарном панкреатите либо при осложненных формах заболевания. Подобная тактика привела к решению главной задачи – обрыву цепочки развития заболевания с целью снижения осложнений и летальности. Показатели летальности при остром панкреатите напрямую зависели от его формы, причем отечная форма давала минимальный процент смертности [23, 24]. Многие авторы на практике доказали преимущество тактики одноэтапных хирургических вмешательств при легкой степени билиарного панкреатита, включающей выполнение эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) и видеолапароскопической холецистэктомии. Такая хирургическая тактика лечения способна снизить риски развития острого билиарного панкреатита и других осложнений, связанных с желчнокаменной болезнью. Данный подход к лечению позволил снизить количество койко-дней и экономические затраты на лечение, предотвращающее развитие осложнений. Кроме того, в представленных результатах и гистологических исследованиях посевов желчи при билиарных панкреатитах у 69,4 % пациентов, которым выполнены двухэтапные вмешательства (ЭПСТ с отсроченной холецистэктомией), констатированы контаминация желчи и воспалительные изменения в стенке желчного пузыря, что подтверждало необходимость одноэтапных оперативных вмешательств [21]. По мнению А. К. Имаевой и соавторов (2020), благодаря осуществлению плановых, организационно-профилактических и лечебных мероприятий заболеваемость и смертность при остром панкреатите можно снизить на 11,4 %.

Однако обзор литературных данных, освещающих проблемы заболеваемости острым панкреатитом, свидетельствует о наличии вопросов, которые касаются ранней и дифференциальной диагностики данной патологии, что требует продолжения научных исследований в этой области [25]. Кроме того,

по результатам обращаемости пациентов в поликлиники и стационары клиник выявлены рецидивирующие абдоминальные болевые синдромы, протекающие под маской панкреатита [26]. В настоящее время реализация программы модернизации здравоохранения, разработка и использование медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи оказывают большое влияние на контроль качества медицинской помощи пациентам, позволяющий по механизму обратной связи оценить результаты работы хирургических подразделений в рамках протоколов оказания экстренной помощи [27, 28].

3. Подходы к ведению больных с абдоминальной болью. Механизмы формирования, причины возникновения: достижения и проблемы

Российской гастроэнтерологической ассоциацией по ведению пациентов с абдоминальной болью в Клинических рекомендациях (2015) сделан акцент на необходимость точности диагностики причин боли, которая к началу XXI в. составляла всего лишь 50 %. Рецидивирующая абдоминальная боль обуславливает сложности дифференциальной диагностики при обращении за медицинской помощью, особенно у больных с соматической патологией. В практике врачей-хирургов ее правильная интерпретация позволит выстроить диагностические алгоритмы, разграничить истинное проявление панкреатита и патологию-маску и избежать ненужных хирургических вмешательств. Если острая абдоминальная боль имеет небольшую продолжительность (от нескольких минут до нескольких часов), то хроническая рецидивирует на протяжении от нескольких дней до нескольких месяцев и более.

По механизму формирования боли подразделяют на висцеральную, париетальную, психогенную, иррадирующую. Источниками развития боли в животе могут быть интра- и экстраабдоминальные заболевания. К интраабдоминальным относятся воспаление определенных органов, обструкция полого органа, генерализованный перитонит, ишемические нарушения, синдром раздраженного кишечника, ретроперитонеальные опухоли, истерия. К экстраабдоминальным заболевания относят пневмонию, ишемию миокарда, заболевания пищевода, а также неврогенные патологии (*herpes zoster*), заболевания позвоночника, метаболические нарушения (сахарный диабет, порфирия). С. В. Петров и соавторы [29] подчеркивают в своих клинических наблюдениях, что купирование и лечение абдоминальной боли часто требуют мультимодального подхода к терапии и внимания разных специалистов.

Проведение целенаправленной работы по оценке качества оказания медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях в случаях острого панкреатита с использованием автоматизированной технологии экспертизы по В. Ф. Чавпезову, осуществляемой в стационарах Санкт-Петербурга, показало следующие результаты. При оказании специализированной медицинской помощи невыполнение следующих диагностических исследований привело к ошибочной формулировке диагноза [23]:

- невыполнение рентгеноскопии легких – до 57 %;
- непроведение фиброгастродуоденоскопии – до 22 %;
- отказ от RW и/или тестирования на гепатит В – до 57 %;

- отсутствие компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости при необходимости – до 57 %;
- неполная интерпретация данных инструментальных исследований – до 41 %;
- непроведение оценки состояния по шкалам – до 17 %.

Обследование больных с острым панкреатитом, как правило, проводится по стандартному порядку реализации лечебно-диагностических мероприятий [28, 29], однако подход к дифференциальной диагностике острого панкреатита должен быть индивидуален и при необходимости расширен. Ультразвуковое исследование – эффективный метод диагностики начальной стадии острого отечного панкреатита [30]. В этот период КТ выполняется, если не ясен диагноз. КТ применяется для диагностики деструктивной формы панкреатита, для раннего выявления тяжелых осложнений и при динамическом наблюдении за больными. В этих же целях весьма эффективна магнитно-резонансная томография брюшной полости, поскольку этот метод позволяет уверенно отличать псевдокисту от организованного панкреонекроза и надежнее выявлять изолированный некроз жировой клетчатки [31]. По мнению авторов научных работ, всем больным рекомендуется проводить видеоэзофагогастродуоденоскопию, ультразвуковое исследование органов панкреатогепатобилиарной зоны с целью диагностики заболеваний, прогнозирования осложнений, дифференциальной диагностики абдоминальной боли [32–34].

В. М. Дурлештер и соавторы (2020), Д. С. Сыщиков (2020) подчеркивают в своих работах, что лечение пациентов должно при необходимости осуществляться на основе применения мини-инвазивных хирургических вмешательств. Доказано, что данный подход к лечению снижает летальность до 14 %, уменьшает риск развития послеоперационных осложнений, срок госпитализации, вероятность возникновения послеоперационной вентральной грыжи, при этом сохраняется физическая активность больных и достигается лучший косметический эффект послеоперационного рубца. В. И. Подолужный в своей работе [13] о современных представлениях об уровне заболеваемости, этиологии и дифференциальной диагностике острого панкреатита отмечает необходимость дифференцировки как с ургентной патологией (тромбозом мезентериальных сосудов, странгуляционной кишечной непроходимостью, прободной или пенетрирующей в ранах язвой, инфарктом миокарда, расслаивающей аневризмой брюшной аорты, почечной коликой, ущемленной диафрагмальной грыжей), так и с другими заболеваниями, приводящими к абдоминальной боли. В настоящее время традиционные методы оперативного лечения из лапаротомного доступа используют строго по ограниченным показаниям, когда происходит вовлечение в патологический процесс иных органов брюшной полости. Эффективно дренировать жидкостные скопления при осложненных панкреатитах позволяет ультразвуковая навигация с применением малоинвазивных хирургических вмешательств [35, 36]. При билиарном панкреатите вклинение камня в большой дуоденальный сосок предполагает экстренную ЭРХПГ с ЭПСТ. Впервые сфинктеротомия при остром панкреатите была выполнена в 1965 г. (Doubilet et Mulholland). В 1980 г. Safgani удалил вклиненный камень в терминальном отделе общего желчного протока эндоскопическим путем. Сегодняшние исследователи считают, что

неотложная ЭПСТ должна быть выполнена при холангите, механической желтухе при билиарном панкреатите и холедохолитиазе [25]. Наиболее частой сопутствующей патологией при остром панкреатите является желчно-каменная болезнь с хроническим холециститом в связи с наличием между ними патогенетической связи.

Текущие руководства, опубликованные Европейским обществом желудочно-кишечной эндоскопии, Британским обществом гастроэнтерологов, Американским обществом желудочно-кишечной эндоскопии и Японским обществом гастроэнтерологов, настоятельно рекомендуют удаление камней из желчных протоков. При этом ЭРХПГ является первым методом выбора при бессимптомном течении желчнокаменной болезни. Холецистэктомии при билиарном панкреатите тяжелой степени должны осуществляться после разрешения воспалительного процесса в желчном пузыре и поджелудочной железе [35]. Причем, по мнению А. К. Ниязова и соавторов [22], наихудшие результаты были у больных с поздней обращаемостью. Использование стентирования при билиарном панкреатите обрывает стадийность патологического процесса, минимизируя возможность перехода асептического некроза поджелудочной железы в инфицированный, что приводит к снижению ранней летальности [36–38].

Современные методы визуализации компьютерной томографии значительно расширили диагностические возможности в оказании эффективной помощи больным с острым панкреатитом путем качественного улучшения дифференциальной диагностики экстренной абдоминальной патологии, объективной оценки тяжести ОП и динамики его развития, своевременного выявления местных и системных осложнений, определения достоверных показаний к выполнению инвазивных вариантов лечения. Активная интеграция современных методов визуализации в национальные и международные клинические рекомендации по лечению ОП делают врача-радиолога постоянным и ключевым участником мультидисциплинарной бригады специалистов, способствующих оптимизации ближайших и отдаленных результатов лечения этой сложной патологии. Однако только в последние годы улучшилось оснащение экстренных больниц, но не везде КТ и магнитно-резонансную томографию можно выполнить круглосуточно, да и в дневное время больницы скорой медицинской помощи не могут справиться с большим потоком пациентов.

Первичная диагностика абдоминального болевого синдрома включает расспрос больного и его близких о характере, локализации, интенсивности и иррадиации боли. Уточняется длительность боли, есть ли связь ее появления с чем-то и купировалась ли боль медицинскими препаратами. Следует исключить симптомы «острого живота», включающие напряжение мышц брюшной стенки, нависание переднего свода малого таза при ректальном исследовании. Ю. И. Строев [51] упоминает, что при обследовании больных с абдоминальным боевым синдромом необходима дифференциальная диагностика с заболеваниями почек, легочной системы, матки и придатков.

Для типичного фенотипа пациентов с разной интенсивностью выраженности абдоминальной боли характерны нерегулярный режим питания, недостаток в рационе свежих овощей и фруктов, потребление большого количества кофе с сахаром, соли, непереносимость молочных продуктов. Им свойственны сниженная работоспособность, драматизация сложившихся об-

стоятельств. Тип личности, характерный для данных пациентов, гипотимный либо психастенический с проявлениями депрессии. Боли могут рецидивировать, длительность их может варьировать от 20 мин и более, купируется приемом спазмолитиков и антацидов. Только около 35 % людей имеют правильный режим питания, 33 % употребляют овощи и фрукты, но не проходят дополнительное обследование и не получают соответствующее лечение.

В процессе дифференциальной диагностики [32] ни одна из существующих шкал боли не является идеальной по всем психометрическим параметрам, и их не рекомендуется применять ко всем группам пациентов с абдоминальной болью. Считается, что нужно обращать внимание на факторы, влияющие на изменение восприятия боли, учитывать интенсивность, локализацию, продолжительность боли. Комплексная оценка, охватывающая биомедицинскую и психосоциальную сферы человека, морфологические признаки макро- и микроскопии будут способствовать пониманию природы болевого синдрома и выбора тактики лечения [39–49]. В процессе дифференциальной диагностики при абдоминальном болевом синдроме В. Н. Стальмахович и соавторы [42] рекомендуют исключать патологию органов грудной клетки, когда боль может локализовываться в верхнем этаже, носить опоясывающий характер, однако при пальпации живот может быть мягким, но болезненным в левом подреберье с отсутствием симптомов напряжения брюшины. По мнению Д. Д. Казарина и соавторов [43], использование гастроэнтерологического опросника качества жизни GSRS позволяет выявлять синдромы, характерные для хронической абдоминальной боли.

Ю. И. Строев [51] отмечает, что к числу примеров рецидивирующего абдоминального болевого синдрома следует отнести геморрагические васкулиты, которые в трети случаев протекают с выраженной интенсивностью и связаны с кровоизлияниями в стенку кишки: болевому синдрому предшествуют геморрагические проявления на коже. Кроме того, абдоминальный болевой синдром могут провоцировать инфекционные заболевания: 10 % случаев вызваны инфекционными микроорганизмами [45]. Эти микроорганизмы включают вирусы (например, эпидемический паротит, Коксаки В и гепатит), бактерии (например, *Mycoplasma pneumoniae* и лептоспироз) и паразиты (например, *Ascaris lumbricoides*, *Fasciola hepatica* и эхинококкоз). S. V. Almagio и соавторы в своих исследованиях сообщили, что наиболее часто отмечаемыми симптомами при абдоминальном болевом синдроме были изжога/рефлюкс (30,9 %), боли в животе (24,8 %), вздутие живота (20,6 %), диарея (20,2 %) и запор (19,7 %). Менее распространенными симптомами были тошнота/рвота (9,5 %) и дисфагия (5,8 %).

Хроническая боль включена в МКБ-11 как самостоятельное заболевание, а значит, появится возможность учитывать таких пациентов и работать с ними прицельно. Планируется перейти на использование МКБ-11 до 2027 г. При разработке принципов формирования такого регистра будут учтены как впервые выявленные случаи, так и распространенность в целом, динамика, уровень и качество диспансерного наблюдения, качество обезболивания, специфика контингентов, маршрутизация, перечень специалистов, оказывающих помощь [46].

Э. М. Азизов и соавторы [5] утверждают, что для создания оптимальной медико-экономической модели медицинской помощи целесообразно

проводить мероприятия, направленные на экономию финансовых средств лечебных учреждений. Экономически целесообразны мероприятия, направленные на снижение числа больных острым панкреатитом и острым билиарным панкреатитом: проведение плановых лапароскопических холецистэктомий, организация диспансерной группы, повышение квалификации хирургов лечебно-профилактических учреждений по циклу «панкреатология» [50].

Таким образом, в настоящее время представленные данные научных работ по увеличению заболеваемости острым панкреатитом как в стране, так и во всем мире не объясняют причины увеличения количества больных, указывают на необходимость дальнейшего изучения проблемы, возможного формирования новых диагностических алгоритмов, которые помогут персонализировать тактику лечения данной категории пациентов. Если деструктивные формы панкреатитов не вызывают сомнений, потому что подтверждаются интраоперационно, методами диагностической лапароскопии, КТ брюшной полости, увеличением амилазы в три раза и более, то отечные формы панкреатита, установленные большей частью врачом-хирургом клинически и составляющие большую часть статистических данных по заболеваемости, носят абортивный характер. Они не входят в диспансерную группу и пациенты таким образом лишены наблюдения врачей на амбулаторном этапе.

Список литературы

1. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 922н : [в ред. от 21.02.2020] // КонсультантПлюс. URL: <https://www.consultant.ru>
2. Демографический ежегодник России 2022 : стат. сб. М. : Росстат, 2022.
3. Li Kl., Jiang M., Pan Cq. [et al.]. Global, regional and national burden of acute pancreatitis in 204 countries and territories, 1990–2019 // BMC Gastroenterol. 2021. Vol. 21. P. 332. doi: 10.1186/s12876-021-01906-2
4. Ермолаев В. А., Савельев В. В. Болезни поджелудочной железы как одна из ведущих проблем абдоминальной хирургии // Аспирантские чтения – 2021 : сб. материалов науч.-практ. конф. аспирантов СВФУ. Якутск, 2021. С. 66–70.
5. Азизов Э. М., Яковенко Т. В., Мовчан К. Н. [и др.]. Возможности повышения качества медицинской помощи больным острым панкреатитом в рамках проекта «бюджетирование, ориентированное на результат» // Профилактическая медицина : сб. науч. тр. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. СПб., 2020. Ч. 1. С. 12–16.
6. Медведева Л. А., Загорюлько О. И. Результаты анализа обращений пациентов и их финансирования в Клинике изучения и лечения боли за последнее десятилетие // Российский журнал боли. 2022. Т. 20, № 4. С. 45–50.
7. Walkowska J., Zielinska N., Tubbs R. S., Podgórski M., Dłubek-Ruxer J., Olewnik Ł. Diagnosis and Treatment of Acute Pancreatitis // Diagnostics (Basel). 2022. Vol. 12 (8). P. 1974.
8. Сабгайда Т. П., Иванова А. Е., Землянова Е. В. Преждевременная смертность и факторы риска как индикаторы программ снижения смертности в России // Социальные аспекты здоровья населения. 2017. № 3 (55).
9. Ревешвили А. Ш., Кубышкин В. А., Затевахин И. И. [и др.]. Острый панкреатит : клинические рекомендации. М., 2020. 66 с.
10. Ревешвили А. Ш., Федоров А. В., Сажин В. П., Оловянный В. Е. Состояние экстренной хирургической помощи в Российской Федерации // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2019. № 3. С. 88–97.
11. Яблонский П. К., Мовчан К. Н., Соколович Е. Г., Яковенко Т. В., Тарасов А. Д., Боголюбов М. В., Мамичева О. Ю. Основные статистические параметры оказания медицинской помощи больным острыми хирургическими заболеваниями органов

- брюшной полости в Санкт-Петербурге // Вестник Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого. 2013. № 71. С. 64–70.
12. Бежин А. И., Трошина С. А. Достижения курских ученых в области панкреатологии за последние 60 лет // Курский научно-практический вестник. Человек и его здоровье. 2016. № 1. С. 12–20.
 13. Подолужный В. И. Острый панкреатит: современные представления об этиологии, патогенезе, диагностике и лечении // Фундаментальная и клиническая медицина. 2017. Т. 2, № 4. С. 62–71.
 14. Мануковский В. А., Барсукова И. М., Дубикайтис П. А. Информационные материалы по неотложной хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в Санкт-Петербурге за 2021 год. СПб., 2022. 20с.
 15. Gobina I., Villberg J., Välimaa R. Prevalence of self-reported chronic pain among adolescents: evidence from 42 countries and regions // European Journal of Pain. 2019. Vol. 23. P. 316–326.
 16. Dahlhamer J., Lucas J., Zelaya C. [et al.]. Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain among Adults – United States, 2016 // MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report. 2018. Vol. 67 (36). P. 1001–1006.
 17. Мондор Г. Неотложная диагностика. Т. 2. Живот [Emergency Diagnostics. Vol. 2. Abdomen]. М., 1940. С. 268–271.
 18. Самарин Н. Н. Диагностика «острого живота». Руководство для врачей и студентов. 2-е изд. Л. : Медгиз, Ленингр. отд-ние, 1952. 476 с.
 19. Плиева Д. М., Сталева К. В. Клинические и лабораторные предикторы развития осложнений острого панкреатита // Молодежь – практическому здравоохранению : материалы XII Междунар. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых-медиков. Тверь, 2018. С. 795–798.
 20. Никитина Т. О., Корольков А. Ю., Смирнов А. А., Попов Д. Н., Саадулаева М. М., Багненко С. Ф. Одноэтапный и двухэтапный подходы в лечении острого билиарного панкреатита: показания и противопоказания // Ученые записки СПбГМУ имени академика И. П. Павлова. 2021. Т. 28, № 3. С. 30–38.
 21. Никитина Т. О., Попов Д. Н., Корольков А. Ю., Багненко С. Ф. Острый билиарный панкреатит: эволюция хирургической тактики (обзор литературы) // Ученые записки СПбГМУ имени академика И. П. Павлова. 2022. Т. 29, № 2. С. 24–31. doi: 10.24884/1607-4181-2022-29-2-24-31
 22. Ниязов А. К., Бейшеналиев А. С., Осмонбекова Н. С., Ниязов А. А. Усовершенствованная тактика лечения больных деструктивными формами острого панкреатита // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. 2019. № 1. С. 109–116.
 23. Гуликян Г. Н., Пахомова Р. А., Винник Ю. С., Кочетова Л. В., Федотов И. А. Панкреатит – болезнь XXI века // Хирургическая практика. 2019. № 4 (40). С. 48–52.
 24. Гуликян Г. Н. Острый панкреатит в хирургической патологии в современной медицине // Московский хирургический журнал. 2022. № 2. С. 20–27.
 25. Киямова Г. М., Некрасова А. А., Фокина Т. Ю., Толмачев Д. А. Ретроспективная оценка заболеваемости острым панкреатитом за 2015–2017 годы в УР // Форум молодых ученых. 2019. № 1-2 (29). С. 221–228.
 26. Баулин А. А., Аверьянова Л. А., Баулин В. А., Баулина О. А. Персонализированный подход к пациентам с рецидивирующим абдоминальным болевым синдромом на основе создания алгоритмов клиничко-лабораторных обследований // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2024. Т. 2. С. 59–67. doi: 10.17116/hirurgia202402159
 27. Скрябин О. Н., Мовчан К. Н., Татаркин В. В., Клиценко О. А., Морозов Ю. М., Яковенко Т. В., Артюшин Б. С. Роль тематической экспертизы качества медицинской помощи в улучшении результатов ее оказания при остром панкреатите // Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2020. № 1 (69). С. 105–112.

28. Демин Д. Б., Фуныгин М. С., Солодов Ю. Ю., Соболев Ю. А., Гусев Н. С. О необходимости переосмысления лечебной тактики при остром панкреатите в массовом хирургическом сознании // Университетская клиника. 2017. № 4-1 (25). С. 47–50.
29. Петров С. В., Успенский Ю. П., Фоминых Ю. А., Шотик А. В., Лыкова Е. П., Кизимова О. А., Наджафова К. Н. Клиническое наблюдение пациента с болевым абдоминальным синдромом // University Therapeutic Journal. 2021. Т. 3, № 4. С. 145–154.
30. Новиков А. А., Фибер Дж. Х., Саумой М., Розенблатт Р., Мекельбургский САК, Шах С. Л., Кроуфорд С. В. ЭРХПГ повышает смертность при остром билиарном панкреатите без холангита // Endosc Int Open. 2021. Т. 9. С. 927–933.
31. Китаев В. М., Бардаков В. Г., Бронов О. Ю., Пихута Д. А., Абович Ю. А., Ханалиев В. Ю. Компьютерная томография в диагностике острого панкреатита // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. 2016. Т. 11, № 1. С. 94–100.
32. Власов Е. И. Предикторы билиарного панкреатита и выбор показаний для дренирования холедоха при остром калькулезном холецистите // Огарев-online. 2021. № 13 (166).
33. Руденко В. А., Какаулина Л. Н., Верзакова И. В., Карамова И. М. Прогнозирование степени тяжести острого панкреатита с использованием ультразвуковых маркеров и клинических шкал // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н. В. Склифосовского. 2022. Т. 11, № 2. С. 274–279.
34. Козина А. А., Шилец Ю. Г., Кузнецова М. С., Шилец О. Г., Ивасивка А. Р. Особенности диагностики острого панкреатита // Авиценна. 2018. № 18. С. 70–72.
35. Мозжегорова И. В., Степанов А. В., Яковлев Д. С. Роль малоинвазивных вмешательств под ультразвуковой навигацией у больных с острым тяжелым панкреатитом // Наука и инновации XXI века : сб. ст. по материалам VI Всерос. конф. молодых ученых : в 3 т. Сургут, 2020. С. 83–84.
36. Климов А. Е., Самара М. Роль мини-инвазивных вмешательств в лечении тяжелого острого панкреатита // Вестник новых медицинских технологий. 2020. № 3. С. 17–19.
37. Глабай В. П., Гриднев О. В., Башанкаев Б. Н., Быков А. Н., Крылов А. В., Каприн И. А., Эльдарова З. Э., Варьясова А. А. Хирургическая тактика в острой стадии билиарного панкреатита // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2019. № 11. С. 37–41.
38. Можаровский В. В., Мутных А. Г., Жуков И. Н., Можаровский К. В. Влияние стентирования главного панкреатического протока на результаты лечения больных с острым панкреатитом // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2019. № 9. С. 13–17.
39. Арямкина О. Л., Рыбалка О. О., Савоненкова Л. Н. Проблемы диагностики редкой патологии при абдоминальном болевом синдроме // Вестник СурГУ. Медицина. 2020. № 1 (43). С. 23–29.
40. Морозов А. М., Дубатов Г. А., Минакова Ю. Е., Пичугова А. Н. Причины абдоминального болевого синдрома в практике хирурга // Тверской медицинский журнал. 2021. № 4. С. 49–57.
41. Морозов А. М., Жуков С. В., Беляк М. А., Минакова Ю. Е., Протченко И. Г. О возможности оценивания болевого синдрома при помощи наиболее валидизированных шкал боли (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. 2020. № 2. С. 62–68. doi: 10.24411/1609-2163-2020-16663
42. Стальмахович В. Н., Кайгородова И. Н. Редкая причина острого абдоминального синдрома // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2020. Т. 10, № 5. С. 163.
43. Казарин Д. Д., Шкляев А. Е., Болкисева П. С., Петрова Е. В. Применение специфического опросника GSRS для дифференциальной диагностики заболеваний ор-

- ганов пищеварения // *Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture*. 2022. Т. 14, № 1. С. 163–180. doi: 10.12731/26586649-2022-14-1-163-180
44. Rocha F. G., Balakrishnan A., Ashley S. V., Clancy T. E. A historical view of the contribution of surgeons to the understanding of acute pancreatitis // *Am J Surg*. 2008. Vol. 196. P. 442–449.
45. Rawla P., Bandaru S. S., Vellipuram A. R. Review of Infectious Etiology of Acute Pancreatitis // *Gastroenterology Research*. 2017. Vol. 10 (3). P. 153–158.
46. Курушина О. В., Шкарин В. В., Ивашева В. В., Барулин А. Е. Проблемы изучения эпидемиологии хронической боли в Российской Федерации // *Российский журнал боли*. 2022. Т. 20, № 3. С. 31–35.
47. Pongprasobchai S., Vibhatavata P., Apisarnthanarak P. Severity, treatment and outcome of acute pancreatitis in Thailand: the first comprehensive review using the revised Atlanta Classification // *Gastroenterologist Res Prakt*. 2017. Vol. 2017. P. 3525349. doi: 10.1155/2017/3525349. PMID: 28487729 PMCID: PMC5406724
48. Schepers N. Ya., Hallensleben N. D., Besselink M. G., Anten M. F. [et al.]. The Dutch Pancreatitis Research Group. Urgent endoscopic retrograde cholangiopancreatography with sphincterotomy compared with conservative treatment for predicted severe acute cholelithiasis pancreatitis (APEC): a multicenter randomized controlled trial // *The Lancet*. 2020. Vol. 396. P. 167–176.
49. Zhou H., Mei X., He X., Lan T., Guo S. Severity stratification and prognostic prediction of patients with acute pancreatitis at early phase: A retrospective study // *Medicine (Baltimore)*. 2019. Vol. 98 (16). P. e15275. doi: 10.1097/MD.00000000000015275 PMID: 31008971 PMCID: PMC6494233
50. Имаева А. К., Мустафин Т. И., Половинкина С. Р. Показатели заболеваемости и смертности при остром панкреатите как индикатор состояния медицинской помощи на региональном уровне // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020. Т. 28, № 6. С. 1298–1303.
51. Строев Ю. И. Острый живот (к 110-летию со дня рождения профессора А. А. Русанова) // *Российские биомедицинские исследования*. 2019. Т. 4, № 1. С. 35–54.

References

1. Order of the Ministry of Health of Russia from November 15, 2012 No.922n[edited from February 21, 2020]. *Kon-sul'tantPlyus = ConsultantPlus*. (In Russ.). Available at: <https://www.consultant.ru>
2. *Demograficheskiy ezhegodnik Rossii 2022: statisticheskiy sbornik = Demographic Yearbook of Russia 2022: statistical collection*. Moscow: Rosstat, 2022. (In Russ.)
3. Li Kl., Jiang M., Pan Cq. et al. Global, regional and national burden of acute pancreatitis in 204 countries and territories, 1990–2019. *BMC Gastroenterol*. 2021;21:332. doi: 10.1186/s12876-021-01906-2
4. Ermolaev V.A., Savel'ev V.V. Diseases of the pancreas as one of the leading problems of abdominal surgery. *Aspirantskie chteniya – 2021: sb. materialov nauch.-prakt. konf. aspirantov SVFU = Postgraduate Readings – 2021: proceedings of the scientific and practical conference of postgraduate students of North-Eastern Federal University*. Yakutsk, 2021:66–70. (In Russ.)
5. Azizov E.M., Yakovenko T.V., Movchan K.N. et al. Possibilities of improving the quality of medical care for patients with acute pancreatitis within the framework of the project “results-oriented budgeting”. *Profilakticheskaya meditsina: sb. nauch. tr. Vseros. nauch.-prakt. konf. s mezhdunar. uchastiem = Preventive medicine: proceedings of the All-Russian scientific and practical conference with international participation*. Saint Petersburg, 2020:12–16. (In Russ.)
6. Medvedeva L.A., Zagorul'ko O.I. Results of the analysis of patient requests and their funding in the Pain Research and Treatment Clinic over the past decade. *Rossiyskiy zhurnal boli = Russian journal of pain*. 2022;20(4):45–50. (In Russ.)

7. Walkowska J., Zielinska N., Tubbs R.S., Podgórski M., Dłubek-Ruxer J., Olewnik Ł. Diagnosis and treatment of acute pancreatitis. *Diagnostika (Bazel') = Diagnosis*. 2022;(12). (In Russ.)
8. Sabgayda T.P., Ivanova A.E., Zemlyanova E.V. Premature Mortality and Risk Factors as Indicators of Mortality Reduction Programs in Russia. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya = Social aspects of population health*. 2017;(3). (In Russ.)
9. Revishvili A.Sh., Kubyshkin V.A., Zatevakhin I.I. et al. Acute pancreatitis. *Klinicheskie rekomendatsii = Clinical guidelines*. Moscow, 2020:38. (In Russ.)
10. Revishvili A.Sh., Fedorov A.V., Sazhin V.P., Olovyannyy V.E. The state of emergency surgical care in the Russian Federation. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova = Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*. 2019;(3):88–97. (In Russ.)
11. Yablonskiy P.K., Movchan K.N., Sokolovich E.G., Yakovenko T.V., Tarasov A.D., Bogolyubov M.V., Mamicheva O.Yu. Main statistical parameters of medical care for patients with acute surgical diseases of the abdominal organs in St. Petersburg. *Vestnik Novgorodskogo gosudarstvennogo universiteta imeni Yaroslava Mudrogo = Bulletin of the Novgorod State University named after Yaroslav the Wise*. 2013;(71):64–70. (In Russ.)
12. Bezhin A.I., Troshina S.A. Achievements of Kursk scientists in the field of pancreatology over the past 60 years. *Kurskiy nauchno-prakticheskiy vestnik. Chelovek i ego zdorov'e = Kursk scientific and practical bulletin. Man and his health*. 2016;(1):12–20. (In Russ.)
13. Podoluzhnyy V.I. Acute pancreatitis: modern concepts of etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment. *Fundamental'naya i klinicheskaya meditsina = Fundamental and clinical medicine*. 2017;2(4):62–71. (In Russ.)
14. Manukovskiy V.A., Barsukova I.M., Dubikaytis P.A. *Informatsionnye materialy po neotlozhnoy khirurgicheskoy pomoshchi pri ostrykh khirurgicheskikh zabolevaniyakh organov bryushnoy polosti v Sankt-Peterburge za 2021 god = Information materials on emergency surgical care for acute surgical diseases of abdominal organs in St. Petersburg for 2021*. Saint Petersburg, 2022. (In Russ.)
15. Gobina I., Villberg J., Välimaa R. Prevalence of self-reported chronic pain among adolescents: evidence from 42 countries and regions. *European Journal of Pain*. 2019;23:316–326.
16. Dahlhamer J., Lucas J., Zelaya C. et al. Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain among Adults – United States, 2016. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2018;67(36):1001–1006.
17. Mondor G. *Neotlozhnaya diagnostika. T. 2. Zhivot = Emergency Diagnostics. Vol. 2. Abdomen*. Moscow, 1940:268–271. (In Russ.)
18. Samarin N.N. *Diagnostika «ostrogo zhivota». Rukovodstvo dlya vrachey i studentov. 2-e izd. = Diagnostics of “Acute Abdomen”. Textbook for physicians and students. The 2nd edition*. Leningrad: Medgiz, Leningr. otd-nie, 1952:476. (In Russ.)
19. Plieva D.M., Staleva K.V. Clinical and laboratory predictors of the development of complications of acute pancreatitis. *Molodezh' – prakticheskomu zdravookhranenyu: materialy XII Mezhdunar. nauch.-prakt. konf. studentov i molodykh uchenykh-medikov = Youth to practical health care: proceedings of the 12th International scientific and practical conference of students and young scientists of medicine*. Tver', 2018:795–798. (In Russ.)
20. Nikitina T.O., Korol'kov A.Yu., Smirnov A.A., Popov D.N., Saadulaeva M.M., Bagnenko C.F. One-stage and two-stage approaches in the treatment of acute biliary pancreatitis: indications and contraindications. *Uchenye zapiski SPbGMU imeni akademika I.P. Pavlova = Proceedings of Saint Petersburg Syaye Medical University named after academician I.P. Pavlov*. 2021;28(3):30–38. (In Russ.)
21. Nikitina T.O., Popov D.N., Korol'kov A.Yu., Bagnenko C.F. Acute biliary pancreatitis: evolution of surgical tactics (literature review). *Uchenye zapiski SPbGMU imeni akad-*

- emika I.P. Pavlova = *Proceedings of Saint Petersburg Syaye Medical University named after academician I.P. Pavlov*. 2022;29(2):24–31. (In Russ.). doi: 10.24884/1607-4181-2022-29-2-24-31
22. Niyazov A.K., Beyshenaliev A.S., Osmonbekova N.S., Niyazov A.A. Improved tactics of treatment of patients with destructive forms of acute pancreatitis. *Sovremennaya nauka: aktual'nye problemy teorii i praktiki. Seriya: Estestvennye i tekhnicheskie nauki = Modern science: current problems of theory and practice. Series: natural and technical sciences*. 2019;(1):109–116. (In Russ.)
 23. Gulikyan G.N., Pakhomova R.A., Vinnik Yu.S., Kochetova L.V., Fedotov I.A. Pancreatitis is a disease of the 21st century. *Khirurgicheskaya praktika = Surgical practice*. 2019;(4):48–52. (In Russ.)
 24. Gulikyan G.N. Acute pancreatitis in surgical pathology in modern medicine. *Moskovskiy khirurgicheskij zhurnal = Moscow surgical journal*. 2022;(2):20–27. (In Russ.)
 25. Kiyamova G.M., Nekrasova A.A., Fokina T.Yu., Tolmachev D.A. Retrospective assessment of acute pancreatitis incidence in 2015–2017 in the Udmurt Republic. *Forum molodykh uchenykh = Forum of young scientists*. 2019;(1-2):221–228. (In Russ.)
 26. Baulin A.A., Aver'yanova L.A., Baulin V.A., Baulina O.A. A personalized approach to patients with recurrent abdominal pain syndrome based on the creation of algorithms for clinical and laboratory examinations. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova = Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*. 2024;2:59–67. (In Russ.). doi: 10.17116/hirurgia202402159
 27. Skryabin O.N., Movchan K.N., Tatarkin V.V., Klitsenko O.A., Morozov Yu.M., Yakovenko T.V., Artyushin B.S. The role of thematic examination of the quality of medical care in improving the results of its provision in acute pancreatitis. *Vestnik Rossiyskoy VoЕННО-meditsinskoy akademii = Bulletin of the Russian Military Medical Academy*. 2020;(1):105–112. (In Russ.)
 28. Demin D.B., Funygin M.S., Solodov Yu.Yu., Sobolev Yu.A., Gusev N.S. On the need to rethink treatment tactics for acute pancreatitis in the mass surgical consciousness. *Universitetskaya klinika = University clinic*. 2017;(4-1):47–50. (In Russ.)
 29. Petrov S.V., Uspenskiy Yu.P., Fominykh Yu.A., Shotik A.V., Lykova E.P., Kizimova O.A., Nadzhafova K.N. Clinical observation of a patient with abdominal pain syndrome. *University Therapeutic Journal*. 2021;3(4):145–154. (In Russ.)
 30. Novikov A.A., Fiber Dzh.Kh., Saumoy M., Rozenblatt R., Mekel'burgskiy SAK, Shakh S.L., Krouford S. V. ERCP increases mortality in acute biliary pancreatitis without cholangitis. *Endosc Int Open*. 2021;9:927–933. (In Russ.)
 31. Kitaev V.M., Bardakov V.G., Bronov O.Yu., Pikhuta D.A., Abovich Yu.A., Khanaliev V.Yu. Computed tomography in the diagnosis of acute pancreatitis. *Vestnik Natsional'nogo mediko-khirurgicheskogo tsentra im. N.I. Pirogova = Bulletin of National medical and surgical center named after N.I. Pirogov*. 2016;11(1):94–100. (In Russ.)
 32. Vlasov E.I. Predictors of biliary pancreatitis and the choice of indications for drainage of the common bile duct in acute calculous cholecystitis. *Ogarev-online*. 2021;(13). (In Russ.)
 33. Rudenko V.A., Kakaulina L.N., Verzakova I.V., Karamova I.M. Prediction of severity of acute pancreatitis using ultrasound markers and clinical scales. *Neotlozhnaya meditsinskaya pomoshch'. Zhurnal im. N.V. Sklifosovskogo = Emergency medical care. N.V. Sklifosovsky Journal*. 2022;11(2):274–279. (In Russ.)
 34. Kozina A.A., Shilets Yu.G., Kuznetsova M.S., Shilets O.G., Ivasivka A.R. Features of diagnostics of acute pancreatitis. *Avitsenna = Avicenna*. 2018;(18):70–72. (In Russ.)
 35. Mozzhegorova I.V., Stepanov A.V., Yakovlev D.S. The role of minimally invasive interventions under ultrasound navigation in patients with acute severe pancreatitis. *Nauka i innovatsii XXI veka: sb. st. po mat. VI Vseros. konf. molodykh uchenykh: v 3 t. =*

- Science and innovations of the 21st century: proceedings of the 6th All-Russian conference of young scientists: in 3 volumes.* Surgut, 2020:83–84. (In Russ.)
36. Klimov A.E., Samara M. The role of minimally invasive interventions in the treatment of severe acute pancreatitis. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy = Bulletin of New Medical Technologies.* 2020;(3):17–19. (In Russ.)
37. Glabay V.P., Gridnev O.V., Bashankaev B.N., Bykov A.N., Krylov A.V., Kaprin I.A., El'darova Z.E., Var'yasova A.A. Surgical tactics in the acute stage of biliary pancreatitis. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova = Surgery. Journal named after N.I. Pirogov.* 2019;(11):37–41. (In Russ.)
38. Mozharovskiy V.V., Mutnykh A.G., Zhukov I.N., Mozharovskiy K.V. The impact of main pancreatic duct stenting on treatment outcomes in patients with acute pancreatitis. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova = Surgery. Journal named after N.I. Pirogov.* 2019;(9):13–17. (In Russ.)
39. Aryamkina O.L., Rybalka O.O., Savonenkova L.N. Issues of diagnostics of rare pathology in abdominal pain syndrome. *Vestnik SurGU. Meditsina = Bulletin of Surgut State University.* 2020;(1):23–29. (In Russ.)
40. Morozov A.M., Dubatolov G.A., Minakova Yu.E., Pichugova A.N. Causes of abdominal pain syndrome in the practice of a surgeon. *Tverskoy meditsinskiy zhurnal = Tver medical journal.* 2021;(4):49–57. (In Russ.)
41. Morozov A.M., Zhukov S.V., Belyak M.A., Minakova Yu.E., Protchenko I.G. On the possibility of assessing pain syndrome using the most validated pain scales (literature review). *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy = Bulletin of new medical technologies.* 2020;(2):62–68. (In Russ.). doi: 10.24411/1609-2163-2020-16663
42. Stal'makhovich V.N., Kaygorodova I.N. A rare cause of acute abdominal syndrome. *Rossiyskiy vestnik detskoy khirurgii, anesteziologii i reanimatologii = Russian bulletin of pediatric surgery, anesthesiology and resuscitation.* 2020;10(5):163. (In Russ.)
43. Kazarin D.D., Shklyayev A.E., Bolkiseva P.S., Petrova E.V. Application of the specific questionnaire GSRS for differential diagnostics of diseases of the digestive system. *Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture.* 2022;14(1):163–180. (In Russ.). doi: 10.12731/26586649-2022-14-1-163-180
44. Rocha F.G., Balakrishnan A., Ashley S.V., Clancy T.E. A historical view of the contribution of surgeons to the understanding of acute pancreatitis. *Am J Surg.* 2008;196:442–449.
45. Rawla P., Bandaru S.S., Vellipuram A.R. Review of Infectious Etiology of Acute Pancreatitis. *Gastroenterology Research.* 2017;10(3):153–158.
46. Kurushina O.V., Shkarin V.V., Ivashva V.V., Barulin A.E. Problems of studying the epidemiology of chronic pain in the Russian Federation. *Rossiyskiy zhurnal boli = Russian journal of pain.* 2022;20(3):31–35. (In Russ.)
47. Pongprasobchai S., Vibhatavata P., Apisarnthanarak P. Severity, treatment and outcome of acute pancreatitis in Thailand: the first comprehensive review using the revised Atlanta Classification. *Gastroenterologist Res Prakt.* 2017;2017:3525349. doi: 10.1155/2017/3525349. PMID: 28487729 PMCID: PMC5406724
48. Schepers N.Ya., Hallensleben N.D., Besselink M.G., Anten M.F. et al. The Dutch Pancreatitis Research Group. Urgent endoscopic retrograde cholangiopancreatography with sphincterotomy compared with conservative treatment for predicted severe acute cholelithiasis pancreatitis (APEC): a multicenter randomized controlled trial. *The Lancet.* 2020;396:167–176.
49. Zhou H., Mei X., He X., Lan T., Guo S. Severity stratification and prognostic prediction of patients with acute pancreatitis at early phase: A retrospective study. *Medicine (Baltimore).* 2019;98(16):e15275. doi: 10.1097/MD.00000000000015275 PMID: 31008971 PMCID: PMC6494233
50. Imaeva A.K., Mustafin T.I., Polovinkina S.R. Morbidity and mortality rates in acute pancreatitis as an indicator of the state of medical care at the regional level. *Problemy*

sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of social hygiene, health care and history of medicine. 2020;28(6):1298–1303. (In Russ.)

51. Stroeв Yu.I. Acute abdomen (on the 110th anniversary of the birth of Professor A.A. Rusanov). *Rossiyskie biomeditsinskie issledovaniya = Russian biomedical research.* 2019;4(1):35–54. (In Russ.)

Информация об авторах / Information about the authors

Анатолий Афанасьевич Баулин

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н. А. Баулина, Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (Россия, г. Пенза, ул. Стасова, 8А)

E-mail: baoulin@mail.ru

Людмила Анатольевна Аверьянова

заведующий приемным отделением, хирург-эндоскопист, Клиническая больница № 6 имени Г. А. Захарина (Россия, г. Пенза, ул. Стасова, 7); аспирант кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н. А. Баулина, Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (Россия, г. Пенза, ул. Стасова, 8А)

E-mail: mila.averria@mail.ru

Владимир Анатольевич Баулин

кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н. А. Баулина, Пензенский институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (Россия, г. Пенза, ул. Стасова, 8А)

E-mail: voviku1984@mail.ru

Anatoly A. Baulin

Doctor of medical sciences, professor, professor of the sub-department of surgery and endoscopy named after professor N.A. Baulin, Penza Institute of Advanced Medical Studies – branch of the Federal State Government-financed Educational Establishment of Additional Professional Education “Russian Medical Academy of Life-long Professional Learning” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (8a Stasova street, Penza, Russia)

Lyudmila A. Averyanova

Head of the admission department, endoscopist surgeon, Clinical Hospital No. 6 named after G.A. Zakharin (7 Stasova street, Penza, Russia); postgraduate student of the sub-department of surgery and endoscopy named after professor N.A. Baulin, Penza Institute of Advanced Medical Studies – branch of the Federal State Government-financed Educational Establishment of Additional Professional Education “Russian Medical Academy of Life-long Professional Learning” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (8a Stasova street, Penza, Russia)

Vladimir A. Baulin

Candidate of medical sciences, associate professor of the sub-department of surgery and endoscopy named after professor N.A. Baulin, Penza Institute of Advanced Medical Studies – branch of the Federal State Government-financed Educational Establishment of Additional Professional Education “Russian Medical Academy of Life-long Professional Learning” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (8a Stasova street, Penza, Russia)

Ольга Александровна Баулина

кандидат медицинских наук, доцент
кафедры хирургии и эндоскопии имени
профессора Н. А. Баулина, Пензенский
институт усовершенствования врачей –
филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России (Россия, г. Пенза,
ул. Стасова, 8А)

Olga A. Baulina

Candidate of medical sciences, associate
professor of the sub-department of surgery
and endoscopy named after professor
N.A. Baulin, Penza Institute of Advanced
Medical Studies – branch of the Federal
State Government-financed Educational
Establishment of Additional Professional
Education “Russian Medical Academy
of Life-long Professional Learning”
of the Ministry of Healthcare
of the Russian Federation (8a Stasova
street, Penza, Russia)

E-mail: olga.kosenko@mail.ru

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов / The authors declare no conflicts of interests.

Поступила в редакцию / Received 22.05.2024

Поступила после рецензирования и доработки / Revised 10.06.2024

Принята к публикации / Accepted 16.07.2024