

Эпидемиология хронического панкреатита

P. Lévy¹, E. Dominguez-Muñoz², C. Imrie³, M. Löhr⁴, P. Masionneuve⁵

¹Service de Pancréatologie-Gastroentérologie, Pôle des Maladies de l'Appareil Digestif, DHU UNITY, Hôpital Beaujon, Faculté Denis Diderot, Clichy Cedex, France (Клиши Седекс, Франция)

²University Hospital of Santiago de Compostela, Spain (Сантьяго-де-Компостела, Испания)

³University of Glasgow, Glasgow, United Kingdom (Глазго, Великобритания)

⁴Karolinska University Hospital & Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden (Стокгольм, Швеция)

⁵European Institute of Oncology, Milan, Italy (Милан, Италия)

Статья опубликована в журнале *United European Gastroenterology Journal*. — 2014. — Vol. 2, No 5. — P. 345–354.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

хронический панкреатит, эпидемиология, заболеваемость, распространенность, внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы

Введение

Хронический панкреатит (ХП) является серьезным заболеванием, которое может иметь существенное влияние на качество жизни [44], а также опасные для жизни долгосрочные последствия [45, 52]. Также как и боль, внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы (ПЖ) может привести к недостаточности питания. Долгосрочные осложнения включают сахарный диабет и рак ПЖ [45, 52].

В отношении ХП есть ряд аспектов, требующих углубления знаний. В частности, эпидемиология ХП изучена далеко не должным образом. Сложность в постановке диагноза, который требует долгосрочного наблюдения (времени, необходимого для развития изменений со стороны протоков или развития кальцификации ПЖ), вариабельность тяжести заболевания и скорости его прогрессирования непосредственно влияют на качество эпидемиологических исследований, ограничивают их качество.

В то время как многие пациенты с ХП регистрируются органами здравоохранения через гастроэнтеролога или хирурга при остром приступе заболевания или при обращении по поводу абдоминальной боли, наибольшая часть их долгосрочного наблюдения проводится врачами общей практики или эндокринологами и, следовательно, «ускользает» от эпидемиологических исследований, которые проводятся преимущественно среди пациентов гастроэнтерологов. Тем не менее, исследования, в которых заболеваемость ХП оценивалась по числу обращений к гастроэнтерологу или хирургу, сформировали мнение, что острый панкреатит или первое возникновение хронической абдоминальной боли являются всегда ранними проявлениями ХП; это предположение не всегда правильно.

В большинстве случаев ХП связан с чрезмерным приемом алкоголя и курением, и соответствующий образ жизни пациентов затрудняет их наблюдение, особенно при отсутствии жалоб, одним и тем же врачом. Таким образом, легче оценить частоту ХП, чем его распространенность.

В контексте этого несовершенного понимания эпидемиологии и, в частности, распространенности ХП, цель настоящего обзора заключается в оценке состояния знаний об эпидемиологии ХП и внешнесекреторной недостаточности ПЖ в настоящее время.

Проблемы в диагностике ХП

Проблемы эпидемиологических исследований усугубляются трудностями в точной диагностике ХП. Отсутствует простой и надежный диагностический тест для ранней диагностики ХП, и постановка окончательного диагноза может занять годы.

Так как гистологическое исследование, как правило, недоступно, диагноз ХП, прежде всего, основан на выявлении структурных и/или функциональных изменений протоков и/или паренхимы ПЖ, которые, как правило, развиваются по мере прогрессирования заболевания [7]. Диагностика ХП, таким образом, в основном основана на результатах методов визуализации (магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ), компьютерной томографии (КТ), эндоскопического ультразвукового исследования (ЭУЗИ)). Функциональные тесты для оценки состояния панкреатической секреции могут быть полезными в случаях с неубедительными данными визуализации. Но эти тесты редко используются в клинической практике, т. к. их результаты часто находятся в пределах нормы, по крайней мере, в начале заболевания. Функциональные тесты дают положительные результаты только при значительном снижении эндокринных или экзокринных секреторных мощностей, что наблюдается при длительном течении заболевания [14].

Ввиду частого наличия газа в органах брюшной полости и низкой чувствительности для обнаружения легких и умеренных изменений при ХП, УЗИ брюшной полости является далеко не удовлетворительным методом для диагностики данного заболевания в клинической практике [1]. Этот метод, широко используемый для скринингового диагностического обследования пациентов с болями в животе, не дает возможности диагностировать ХП в большинстве случаев, за исключением далеко зашедшего заболевания. КТ является точным методом для обнаружения кальцификации и расширения главного протока ПЖ, но не является информативной для более ранних изменений ПЖ, таких как незначительные изменения паренхимы за счет фиброза [1].

МРХПГ с или без стимуляции секреции ПЖ секретинном, вместе с диффузионной взвешенной магнитно-резонансной томографией (МРТ) или МРТ с контрастом (гадолинием), обеспечивает точную оценку состояния

протока ПЖ и паренхиматозных изменений, позволяет по-луколичественно оценить внешнюю секрецию ПЖ [6, 13]. Поэтому МРХПГ и МРТ являются информативными методами для диагностики ХП.

ЭУЗИ в настоящее время считается наиболее точным методом для диагностики ХП, что связано с выявлением наличия и тяжести изменений паренхимы и протоков ПЖ с высокой степенью точности (таблица 1) [17, 49, 50].

Таблица 1

**Эндосонографические критерии ХП
(с изменениями М. F. Catalano et al. [21])**

Изменения	Определение
Изменения паренхимы	
Гиперэхогенные очаги, дающие тень	Эхогенные структуры размером >2 мм, дающие тень
Дольчатость с сотовой структурой	Четко очерченные >5 мм структуры с относительно эхо-бедными центрами, с >3 мм смежными дольками
Дольчатость без сотовой структуры	Четко очерченные, >5 мм структуры с относительно эхо-бедными центрами, с отсутствием смежных долек
Гиперэхогенные очаги без тени	Эхогенные структуры >2 мм, не дающие тени
Кисты	Анэхогенные округлые/эллиптические структуры с или без перегородок
Тяжи	Гиперэхогенные линейные структуры >3 мм в длину, по меньшей мере двух различных направлений по отношению к плоскости визуализации
Изменения протоков	
Камни главного протока ПЖ	Эхогенные структуры в главном протоке ПЖ с акустической тенью
Неравномерность контура главного протока ПЖ	Неровные или неправильные очертания и расширенный главный проток
Расширение боковых протоков	3 или более трубчатых анэхогенных структур шириной >1 мм, входящих в главный проток ПЖ
Расширение главного протока ПЖ	>3,5 мм в теле или >1,5 мм в хвосте
Гиперэхогенный контур стенки главного протока	Эхогенная различимая стенка главного протока протяженностью больше, чем 50% длины всего главного протока ПЖ в теле и хвосте

Наличие 5 или более критериев ЭУЗИ предполагает высокую вероятность ХП, в то время как диагноз является маловероятным у пациентов с 0–2 критериями ЭУЗИ. Пациенты с 3–4 критериями ХП при ЭУЗИ находятся в «серой» зоне, где диагноз не точен, возможна гипердиагностика [17, 49, 50]. Тем не менее, большинство пациентов с 3–4 критериями ЭУЗИ на самом деле будут иметь ХП при наличии соответствующей клинической картины. Однако оценка ЭУЗИ является субъективной (операторозависимой), и отсутствует стандартизация с точки зрения техники, номенклатуры и количественных критериев, используемых для ХП [21, 51]. ЭУЗИ должно проводиться под наркозом или глубокой седацией и является довольно инвазивным методом; и хотя может быть выполнено повторно, оно не подходит для рутинного скринингового использования.

С учетом особенностей, описанных выше, можно легко понять, что в клинической практике диагноз ХП является непростой задачей. Фактически, большинство случаев ХП определяется по клинической картине (например, рецидивирующий острый панкреатит у лиц, злоупотребляющих алкоголем) и подтверждается через несколько лет визуализацией изменений протоков или кальцификатов ПЖ. Диагноз ХП является еще более сложным в контексте эпидемиологических исследований, где требуются простые, точные и неинвазивные тесты. Эти соображения убедительно свидетельствуют о том, что ХП плохо диагностируется. В этом контексте остро необходимы клинические рекомендации по диагностике и лечению ХП; некоторые из них были инициированы или находятся в стадии разработки в ряде стран [25, 26, 27, 33, 39].

Эпидемиология ХП

В то время как показатель заболеваемости дает информацию о риске развития болезни в популяции в те-

чение определенного периода времени, показатель распространенности отражает данные о том, как широко распространено заболевание в популяции. Если частота является примерно постоянной с течением времени, распространенность можно представить как произведение заболеваемости и средней продолжительности болезни (обычно средней продолжительности жизни в случае хронических заболеваний). Заболеваемость обычно легче установить, особенно при заболеваниях с острым началом, чем распространенность. В зависимости от заболевания, диагноз может быть точно определен на основе клинических, радиологических, хирургических или патологоанатомических данных.

Оценки распространенности хронических заболеваний могут быть получены из различных источников: национальных и региональных реестров (например, реестра муковисцидоза), данных популяционных или медицинских исследований, сведений о выписке из больниц, или, в случае отсутствия конкретной регистрации, их можно оценить с помощью математических моделей на основе имеющихся данных о распространенности и выживаемости.

Доступны только незначительные данные о распространенности и заболеваемости ХП в целом. Было опубликовано лишь несколько отчетов о долгосрочных результатах и выживаемости отдельных групп пациентов с ХП.

Опубликованные показатели заболеваемости в основном находятся в одних и тех же пределах (приведены в таблице 2), варьируя от 4/100 000 в Великобритании [36] и США [31] до 13,4/100 000 в Финляндии [34], со средним уровнем заболеваемости в Дании 10 [29], Польше 5,0 [15], Германии 6,4 [18], Чехии 7,8 [30] и Франции 7,7 [19]. В последних исследованиях прослеживается тенденция к более высокой заболеваемости ХП. Так как

объемы потребления алкоголя и уровень курения являются стабильными или снижаются во многих странах, где были проведены исследования, рост эпидемиологических показателей, вероятно, отражает улучшение диагностики, а не истинные изменения заболеваемости ХП.

Исследования в некоторых странах показывают, что роль алкоголя как этиологического фактора может быть менее существенной, например, в японской или американской популяциях по сравнению с европейской [43]. Другие исследования подчеркивают роль курения не только как важного этиологического сопутствующего фактора для ХП [2, 38, 48, 56], но и как привычки, которая ускоряет прогрессирование и увеличивает смертность от ХП [57].

Некоторые тенденции являются общими для всех исследований: существует значительная разница по признаку пола; мужчины имеют более высокие эпидемиологические показатели ХП, чем женщины, по крайней мере, в два раза выше. В последних исследованиях получена тенденция к более высокому уровню заболеваемости ХП. В исследовании M. Jaakkola et al. в Финляндии, например, заболеваемость увеличилась на 26% в период между 1977 и 1989 гг. [34]. Исследование, проведенное в Китае, показало значительное увеличение распространенности ХП в период между 1996 и 2003 гг. (с 3,08/100 000 до 13,52/100 000). В данном исследовании стоит отметить, что в отличие от других исследований, проведенных в Азиатско-Тихоокеанском регионе, большинство случаев наблюдались у пациентов среднего возраста, в наиболее европеизированной части Китая [47]. Учитывая данную динамику с тенденцией к увеличению заболеваемости ХП и отсутствие последних эпидемиологических исследований, вполне вероятно, что литературные данные (как представлено в таблице 2) недооценивают текущую истинную частоту ХП. В исследованиях, в которых оценивалось потребление алкоголя, всегда делался вывод о корреляции между ростом потребления алкоголя и заболеваемостью ХП [34]. Тем не менее, большинство этих исследований были выполнены, как правило, в период роста потребления алкоголя. Во многих странах Европы потребление алкоголя в последние годы перестало расти (или даже начало несколько снижаться, в частности, в южной части Европы), но остается относительно высоким по сравнению с остальным миром [20].

Недавнее эпидемиологическое исследование ХП (2006) в Европе проводилось одним из авторов данного обзора (P. Lévy et al.) [19]. Это исследование вовлекло в работу значительную часть гастроэнтерологов из Франции и являлось методологически строгим. Это было перекрестное эпидемиологическое исследование, в котором изучали распространенность и заболеваемость ХП. Французским гастроэнтерологам было предложено сообщать о количестве консультаций по поводу ХП в течение трех месяцев и количестве новых случаев, диагностированных в этот же период времени.

Примечательной особенностью данного исследования было явное расхождение между заболеваемостью и распространенностью ХП. Это исследование показало, что распространенность ХП составляла 15 830 случаев на 100 000 населения, а заболеваемость — 4646 в год (общий годовой коэффициент заболеваемости 7,8/100 000). При использовании принятой эпидемиологической формулы эти результаты означают длительность заболевания около 3,4 лет. Более давнее исследование в Польше (в условиях

стационара) оценивало как заболеваемость, так и распространенность ХП, и, хотя оба показателя были ниже, чем в недавнем исследовании во Франции, отношение распространенности к заболеваемости свидетельствует о длительности заболевания менее четырех лет, что также далеко от клинического опыта [15].

Описанное выше расхождение нуждается в объяснении. Больные ХП обычно посещают или направляются к гастроэнтерологу или хирургу при появлении первых приступов болезни, поскольку вначале заболевание имеет более острую манифестацию (включая острые панкреатические атаки и боли в животе), чем позже (когда боль обычно не является обязательной или маскируется в результате лечения, и острые атаки встречаются реже). Через 5 или 10 лет хронической болезни основными проблемами являются внешнесекреторная недостаточность ПЖ и сахарный диабет, и эти проявления, как правило, наблюдаются врачами общей практики и/или эндокринологами. Эпидемиологический учет пациентов, которые наблюдаются врачами общей практики/эндокринологами, а не гастроэнтерологами, является сложным, но может быть ориентировочно оценен на основе предварительного исследования P. Lévy et al: 41% врачей общей практики в ходе предварительного обследования сообщили, что они наблюдали, по крайней мере, одного пациента с ХП на регулярной основе в прошлом году, в среднем 2,7 больных. Учитывая наличие около 56 000 врачей общей практики во Франции, это означает, что 24 000 из них наблюдали как минимум одного пациента, в среднем около 65 000 больных с ХП. Около 30% этих пациентов (около 20 000) не находились под наблюдением гастроэнтеролога и, следовательно, являются «невидимыми» для расчетов распространенности в данном исследовании. Аналогичный расчет по отношению к пациентам, находящимся под наблюдением эндокринологов, дает примерно 2500 пациентов, «невидимых» для анализов гастроэнтерологов в целом. Эти цифры дают оценку распространенности, которая гораздо более согласуется с данными по заболеваемости, собранными P. Lévy et al. Использование заболеваемости 4646 на 100 000 населения (из данного исследования с более разумной продолжительностью жизни 20 лет (см. обсуждение ниже)) предполагает распространенность ХП во Франции 92 920 пациентов. Эта цифра может считаться верхней границей числа больных ХП, т. к. продолжительность их жизни, как известно, несколько отличается по сравнению с населением в целом [58].

Этот вывод подтверждается другим недавним эпидемиологическим исследованием, проведенным в Японии в 2007 г. [55]. Большой обзор 3027 больничных отделений дал 1100 ответов, включавших 6339 пациентов, уже получавших лечение, и 2217 новых пациентов в период одного календарного года. Расчетная заболеваемость и распространенность составляли 11,9 и 36,9 на 100 000. Хотя сравнение заболеваемости и распространенности ХП для всех групп населения со значительными генетическими и культурными различиями сопряжено с трудностями, следует отметить, что продолжительность заболевания, которая подразумевается в японском исследовании, очень похожа на наблюдаемую во французском исследовании (3,1 в сравнении с 3,4 лет соответственно) и далека от клинического опыта.

В недавнем исследовании заболеваемости и распространенности ХП в Olmstead County, США, была использована нестандартная методология [31]. В этом

округе США почти вся медицинская помощь оказывается в центральной больнице (в ней хранится большая база данных историй болезни пациентов) и в одном центре первичной медицинской помощи. Это позволяет более полно охватывать эпидемиологические данные по сравнению с возможностью в случае только гастроэнтеролога-посредника. Интересно, что это исследование дало оценку частоты (4,05/100 000) и распространенности (41,8/100 000), что соответствует оценке продолжительности жизни пациентов с ХП.

Естественное течение ХП

ХП является болезнью, естественное течение которой можно ориентировочно разделить на три фазы, перекрывающие друг друга.

- **Ранняя фаза:** приблизительно первые 5 лет болезни — характеризуется эпизодами острого панкреатита, болью, госпитализацией и хирургическими вмешательствами.

- **Средняя фаза:** 5–10 лет, в течение которых острые проявления уменьшаются, но становятся возможными и очевидными стриктура главного желчного протока, хронические псевдокисты и другие морфологические изменения, такие как стриктуры панкреатических протоков и кальцификация ПЖ. Постепенно развивается функциональная недостаточность ПЖ.

- **Поздняя фаза:** 10 лет и больше, острые проявления становятся редкими, и внимание врача должно быть направлено на сахарный диабет и внешнесекреторную недостаточность ПЖ.

Прогрессия и продолжительность этих фаз в значительной степени зависят от причинных факторов и отличаются у различных пациентов. Кроме того, последовательность событий не является исключительно такой, как описано выше, т. е. различные симптомы (боль, кальцификаты/камни, сахарный диабет, внешнесекреторная недостаточность ПЖ) могут возникать во всех возможных последовательностях [4]. Частота и степень тяжести прогрессии зависят от продолжительности приема алкоголя и курения [16]. Курение в настоящее время считается движущей силой прогрессирования панкреатита. Развивается фиброз, который увеличивается в результате повторной воспалительной реакции, с соответствующим уменьшением объема экзокринной и эндокринной паренхимы [3].

Естественная история ХП имеет два важных последствия для эпидемиологических исследований. Гастроэнтерологи, скорее всего, принимают участие в лечении пациентов с ХП на ранней стадии заболевания, когда боль и хирургические вмешательства являются принципиальными особенностями заболевания. Таким образом, опросы гастроэнтерологов могут предоставить полезные данные о заболеваемости, поскольку гастроэнтеролог выступает в качестве посредника, через которого проходят многие пациенты с острыми проявлениями. Тем не менее, такая роль гастроэнтеролога может быть обойдена у тех пациентов, у которых болезнь не следует «классическому» течению или у которых болезнь уже имеет продвинутую стадию и не требует помощи специалиста-гастроэнтеролога. Такие больные не будут выявлены опросами гастроэнтерологов.

Длительность заболевания при ХП

Как и эпидемиологические, так и исследования по продолжительности жизни больных ХП являются немногочисленными, а последние результаты по-прежнему являются очень редкими; только одно исследование включает в себя данные пациентов с начала века. Имеющиеся данные приведены в таблице 3. В 1984 году R. W. Ammann et al. [12] сообщили о 245 больных ХП (163 с алкогольным рецидивирующим панкреатитом). Медиана продолжительности жизни больных с алкогольным ХП составляла 20–24 года после начала болезни. A. B. Lowenfels et al. [48] оценивали продолжительность жизни 2015 пациентов с ХП в рамках международного многоцентрового исследования (Швейцария, Германия, США, Италия, Швеция, Дания). В целом было зарегистрировано 559 летальных исходов. Общая выживаемость за 10 лет составила 70 и 45% — за 20 лет. G. Cavallini et al. [37] наблюдали 715 больных с ХП в университете Вероны, Италия, с медианой наблюдения 10 лет. Средний возраст начала заболевания составлял 41 год. Частота летальных исходов через 5, 10, 15 и 20 лет соответственно составляла 3; 13,7; 25,7 и 37%. Большинство из этих пациентов были включены в исследование A. B. Lowenfels. P. J. Thuluvath et al. [10] в ретроспективном исследовании проанализировали истории болезни 193 пациентов, поступивших в Госпиталь Джонса Хопкинса, США, для лечения боли или осложнений ХП. Длительное наблюдение (в среднем 10 лет) было возможным для 107 пациентов. Смертность через 5, 10 и 15 лет соответственно составляла 14, 18 и 20%. T. Sehnclldorfer et al. [53] наблюдали 229 больных, перенесших операцию по поводу ХП в Медицинском университете Южной Каролины, США. Выживаемость через 1, 3 и 5 лет составляла 97, 87 и 82% соответственно. S. Pedrazzoli et al. [58] наблюдали 170 больных (95% были курильщиками), которые перенесли операцию по поводу ХП в Падуе, Италия, в среднем в течение 15,5 лет. Смертность через 5, 10, 15, 20, 25 и 30 лет составила 15,3; 34,4; 48,4; 62,0; 71,9 и 76,5%. Медиана продолжительности жизни составила 15,5 лет (95% ДИ=13,3–18,5). Меньшее по объему исследование (82 пациента), проведенное A. Seican et al., обнаружило более высокий уровень смертности 17% в течение относительно короткого периода наблюдения длительностью (25±17) месяцев [42].

Во всех этих работах большинство случаев смерти (60–75%) были связаны с внепанкреатическими последствиями употребления алкоголя и чрезмерного курения (например, рак легких или пищевода, цирроз печени, инфаркт миокарда), а не непосредственно с ХП.

Только в одном исследовании сравнивалась смертность при ХП с популяцией в целом; исследование, проведенное во Франции, сравнивало смертность и причины смертности у 240 больных ХП с показателями в контрольной группе из общей популяции. Средний возраст начала ХП составлял 41,5 лет, а средний возраст смерти для 57 пациентов, которые умерли во время 8,7-летнего периода наблюдения, составил 52,3 лет. Смертность при 20-летнем течении ХП по сравнению с контрольной популяцией была выше на 35,8% [40].

Таблица 2

Частота ХП

Источник литературы	Частота на 100 тыс.	Распространенность на 100 тыс.	Год исследования	Страна	Пациенты	Примечания
B. N. Andersen et al., 1982 [29]	6,9		1970–1975	Дания	Ретроспективное исследование диагнозов ХП	
	10,0		1975–1979			
J. Dzieniszewski et al., 1990 [15]	5,0	17	1982–1987	Польша	Больничный опрос	
C. D. Johnson and S. Hosking, 1991 [36]	4,3 (М)		1960–1984	Великобритания	Больничная документация	Четырехкратное увеличение выписок для мужчин и двукратное увеличение выписок для женщин с увеличением потребления алкоголя в один и тот же период
	2,1 (Ж)					
M. Jaakkola and I. Nordback, 1993 [34]	13,4		1989	Финляндия	Глобальный анализ выписок историй болезни	Частота выписок пациентов с ХП напрямую зависела от потребления алкоголя
P. Dite et al., 2001 [30]	7,9		1999	Чехия	Новые случаи, зарегистрированные среди популяции 1,3 млн чел.	65% пациентов, употребляющих алкоголь более 75 г/сут
P.G. Lankish et al., 2002 [18]	6,7		1998–1995	Германия	Обзор записей пациентов с единичной госпитализацией	
P. Lévy et al., 2006 [19]	7,7	26,4	2003	Франция	Опрос среди гастроэнтерологов	
M. Hirota et al., 2012 [55]	11,9	36,9	2007	Япония	Анализ соответствующей медицинской документации	
L. W. Wang et al., 2009 [47]		3,018	1996	Китай	Анализ больничной документации	
		13,52	2003			
D. Yadav et al., 2011 [31]	4,05	41,76	1997–2006	США	Анализ больничной документации и клинический обзор	
P. K. Garg and R. K. Tandon, 2004 [24]	114–200			Индия	Опрос экспертов	

Таблица 3

Выживаемость пациентов с ХП

Источник литературы	Пациенты, N	Средний возраст (годы)	Период включения	Частота смерти, %						Медиана выживаемости
				5 лет	10 лет	15 лет	20 лет	25 лет	30 лет	
R.W. Ammann et al., 1984 [12]	245									20–24 года при алкогольном ХП
P. Lévy et al., 1989 [40]	240	41,5	Оценено в 1987 г.				35,8			
A. B. Lowenfels et al., 1994 [48]	2015	46	1946–1992 гг.	15,0	30,0	45,0	55,0			
G. Cavallini et al., 1998 [37]	715	41	1971–1995 гг.	3,0	13,7	25,7	37,0			
P. J. Thuluvath et al., 2003 [10]	107	—	1979–1989 гг.	14,0	18,0	20,0				
T. Schnellrdorfer et al., 2007 [53]	229	46	1995–2003 гг.	18,0	25,0					
S. Pedrazzoli et al., 2008 [58]	170	45	1970–1999 гг.	15,3	34,4	48,4	62,0	71,9	76,5	76,5

Из отчетов по исследованиям (приведены в таблице 3), выясняется, что медиана выживаемости больных с ХП составляет от 15 до 20 лет от начала заболевания, и, кроме того, постановка диагноза часто задерживается на нескольких лет. В исследованиях P. J. Thuluvath et al. [10] и T. Schnelldorfer et al. [53], в которых период наблюдения был короче, 82 и 75% пациентов, соответственно, выживали в течение 10 лет. Мы должны иметь в виду, что большинство пациентов с ХП являются заядлыми курильщиками и, следовательно, подвергаются дополнительной опасности. Поскольку долгосрочное наблюдение 34 439 пациентов британскими врачами [41] продемонстрировало, что в среднем курильщики умирают примерно на 10 лет раньше, чем некурящие лица, мы должны ожидать, что средняя продолжительность жизни больных с ХП должна быть не менее чем на 10 лет короче, чем в популяции в целом. В контексте последних эпидемиологических данных [19] в возрасте 51 года (средний возраст пациентов в этом исследовании) ожидаемая дальнейшая продолжительность жизни во Франции составляет 29,18 лет для мужчин и 34,92 для женщин (INED) [32]. Таким образом, продолжительность жизни больных с ХП, для которых курение является главной детерминантой смерти [48], вероятно, будет значительно снижена по сравнению с популяцией в целом. Клинические исследования предполагают медиану дальнейшей продолжительности жизни после начала ХП в диапазоне 15–20 лет.

Внешнесекреторная недостаточность ПЖ

Большая подгруппа пациентов с ХП страдает от внешнесекреторной недостаточности ПЖ и, как следствие, мальнутриции из-за нарушения гидролиза нутриентов, в частности жиров, нарушения усвоения микроэлементов и белков. Хотя часть пациентов изначально при постановке диагноза уже имеют нарушенную внешнесекреторную функцию ПЖ, это обычно связано с несколькими предыдущими годами эволюции заболевания. Поэтому в течение десятилетий использовались функциональные тесты для диагностики заболевания. Достаточно чувствительными являются секретин-панкреозиминный тест и эндоскопический тест. Эти тесты являются инвазивными и громоздкими для рутинного использования в клинической практике. Другие функциональные тесты, такие как количественная оценка коэффициента поглощения жира и ^{13}C -смешанный триглицеридный дыхательный тест, являются сложными и дорогостоящими на практике, что делает их использование ограниченным [8, 14]. Количественное измерение фекального жира является сложным, требует полного сбора стула в течение, по крайней мере, 2 дней и соблюдения диеты, богатой жирами, в течение 4–5 дней. В повседневной практике данное исследование очень редко выполняется в настоящее время. Фекальная эластаза полезна для обнаружения умеренного и тяжелого снижения секреции ПЖ у больных с ХП [14, 22]. Этот тест имеет преимущества: простота, неинвазивность и легкость применения в обычной клинической практике, но чувствительность для диагностики пациентов с ранними стадиями ХП ограничена. Другие тесты, используемые в прошлом (на-

пример, тест Лунда, тест с N-бензоил-триозил парааминобензойной кислотой, панкреолауриловый тест, тест потребления аминокислоты), больше недоступны для клинической практики.

Во всеобъемлющем мета-анализе неинвазивных функциональных тестов ПЖ сделан вывод, что ни один из существующих методов не является достаточно информативным для диагностики легкой и умеренной внешнесекреторной недостаточности ПЖ [54].

Действительно, трудно провести оценку внешнесекреторной функции ПЖ. Клинический диагноз панкреатической недостаточности возможен, но не надежен [23]. Частота внешнесекреторной недостаточности ПЖ у больных с ХП не очень хорошо исследована, и при ее изучении получены значительные различия, главным образом, в зависимости от длительности заболевания у отдельных пациентов (таблица 4). Недостаток достоверной информации в этой области отчасти объясняется отсутствием легко применимых клинических тестов, а отчасти резким увеличением частоты внешнесекреторной недостаточности ПЖ по мере прогрессирования болезни. Исследование 155 пациентов с ХП в медицинском реабилитационном центре (их питание находилось под медицинским контролем) выявило 32% больных с индексом массы тела меньше 20 кг/м^2 , 57% пациентов с диареей и 24% — со стеатореей больше 30 г/сут [5]. Пациенты с ХП, ожидающие плановую операцию, имеют средний индекс массы тела 22 кг/м^2 .

Перекрестное исследование пациентов с алкогольным и идиопатическим ХП показало, что внешнесекреторная недостаточность ПЖ значительно более распространена, чем это принято считать. При использовании дыхательных тестов со стеатокритом и триолеином в данном исследовании выявили нарушения всасывания у 72% больных, из которых только около трети жаловались на стеаторею. Внешнесекреторная дисфункция отмечалась у 63% пациентов после 5 лет ХП и 94% — с продолжительностью ХП 10 или более лет [28]. Около 10% пациентов с ХП и внешнесекреторной недостаточностью ПЖ не имеют никакой боли, и диагноз ставится при обнаружении сахарного диабета или стеатореи.

В целом, эти исследования (таблица 4) показывают, что распространенность внешнесекреторной недостаточности ПЖ у пациентов с ХП значительно варьирует от низкой/умеренной (11–20%) до очень высокой (85–94%). Разумно предположить, что внешнесекреторная недостаточность ПЖ развивается у 35–50% больных в течение 10–15 лет от начала клинических проявлений, и, как правило, эта частота увеличивается в дальнейшем. Тем не менее, перекрестные, особенно внутрибольничные исследования или исследования, основанные на опросах гастроэнтерологов, сталкиваются с теми же трудностями в изучении эпидемиологии внешнесекреторной недостаточности ПЖ, что и при оценке распространенности ХП. Внешнесекреторная недостаточность ПЖ характерна преимущественно для поздней стадии ХП, и большинство таких пациентов «невидимы» для исследований, т. к. они «растворяются» в популяции.

Распространенность внешнесекреторной недостаточности ПЖ у пациентов с ХП

Ссылка	Страна	Тип исследования	Метод диагностики	Популяция пациентов	Период	Внешнесекреторная недостаточность ПЖ
J. A. Lott, 1997 [11]	США	Обзор			1958–1995	30% с легким 85% с тяжелым ХП
V. Dumasy et al., 2004 [23]	Бельгия	Перекрестное, внутрибольничное	Клиническая стеаторея	60 пациентов с панкреатитом 944 алкогольных ХП 16 идиопатических ХП	Данные не получены	63% в течение 5 лет 94% после 10 лет
E. H. Eddes et al., 1999 [9]	Нидерланды	Перекрестное, внутрибольничное	Клинические симптомы (потеря массы тела, стеаторея)	45 пациентов с ХП	Данные не получены	56%
M. Jarosz et al., 2003 [35]	Польша	Популяционное	Клинические симптомы	389 пациентов с ХП	1982–2001	Длительность <5 лет: 5,1% Длительность 3–10 лет: 19,4% Длительность >10 лет: 36,5%
P. Lévy et al., 2006 [19]	Франция	Перекрестное	Клинические симптомы (76,7%) Измерение фекальных панкреатических ферментов (5,58%) Фекальный жир (27,1%)	1748 пациентов с ХП, выявленных при опросе гастроэнтерологов	4 месяца, 2003	Распространенность 36%
L. Frulloni et al., 2009 [46]	Италия	Проспективное	Не указано	834 пациента с ХП	Данные не получены	Распространенность 31–45%

Заключение

Понимание эпидемиологии ХП не улучшилось за последнее десятилетие. В 2003 году исследование P. Lévy et al. показало частоту заболевания 7,8/100 000. Это предполагает распространенность 90 000 пациентов во Франции (120–143/100 000), с учетом, что средняя продолжительность жизни больных составляет 20 лет с начала ХП. Авторы считают, что, возможно, распространенность заболевания недооценена по ряду причин, а не только из-за ненадежности алкоголезависимых пациентов в посещении поликлиник или других медицинских учреждений. Более точные данные по заболеваемости и распространенности в будущем могут быть получены при более широком использовании более информативных диагностических подходов, таких как ЭУЗИ. Координация медицинских данных больных с ХП специалистами в области гастроэнтерологии, эндокринологии, диетологии, хирургии, психиатрии и общей практики необходима для получения более глубоких знаний о данном заболевании.

Финансирование

Помощь в подготовке рукописи была предоставлена Dr J. F. Stolz и финансировалась компанией Abbott.

Конфликт интересов

P. Lévy получил гонорар и грант для регистрации на конгрессе и транспортных расходов от Solvay и Abbott, и Mayoly Spindler на нерегулярной основе; M. Löhrl получил гонорар от Solvay и Abbott; E. Dominguez-Muñoz выступал в качестве консультанта и лектора для Solvay и Abbott; C. Imrie получил гонорар от Solvay и Abbott за консультации и чтение лекций.

Благодарности

Этот обзор основан на работе Рабочей группы по эпидемиологии ХП, которая была создана компанией Abbott в 2011 г. Рабочая группа экспертов включала авторов данной рукописи.

Перевод Л. А. Ярошенко,
редактирование проф. Н. Б. Губергриц

1. Advanced imaging of chronic pancreatitis / N. E. Choueiri, N. C. Balci, S. Alkaade [et al.] // *Clin. Gastroenterol. Rep.* — 2010. — Vol. 12. — P. 114–120.
2. Alcohol and smoking as risk factors in an epidemiology study of patients with chronic pancreatitis / G. A. Cote, D. Yadav, A. Slivka [et al.] // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* — 2011. — Vol. 9. — P. 266–273.
3. Ammann R. W. Course of alcoholic chronic pancreatitis : a prospective clinicomorphological long-term study / R. W. Ammann, P. U. Heitz, G. Kloppel // *Gastroenterology.* — 1996. — Vol. 111. — P. 224–231.
4. Ammann R. W. Natural history of chronic pancreatitis / R. W. Ammann // *Digest. Surg.* — 1994. — Vol. 11. — P. 267–274.
5. Ambrecht U. Chronic pancreatitis: weight loss and poor physical performance — experience from a specialized rehabilitation centre / U. Ambrecht // *Rehabilitation (Stuttg.)*. — 2001. — Vol. 40. — P. 332–336.
6. Balci C. MRI assessment of chronic pancreatitis / C. Balci // *Diagn. Interv. Radiol.* — 2011. — Vol. 17. — P. 249–254.
7. Banks P. A. Classification and diagnosis of chronic pancreatitis / P. A. Banks // *J. Gastroenterol.* — 2007. — Vol. 42, Suppl. 17. — P. 148–151.
8. ¹³C-mixed triglyceride breath test to assess oral enzyme substitution therapy in patients with chronic pancreatitis / J. E. Dominguez-Munoz, J. Iglesias-Garcia, M. Vilarino-Insua [et al.] // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* — 2007. — Vol. 5. — P. 484–488.
9. Cholecystokinin secretion in patients with chronic pancreatitis and after different types of pancreatic surgery / E. H. Eddes, A. A. Masclee, H. A. Gielkens [et al.] // *Pancreas.* — 1999. — Vol. 19. — P. 119–125.
10. Chronic pancreatitis. Long term pain relief with or without surgery, cancer risk, and mortality / P. J. Thuluvath, D. Imperio, S. Nair [et al.] // *J. Clin. Gastroenterol.* — 2003. — Vol. 36. — P. 159–165.
11. Clinical pathology of pancreatic disorders (pathology and laboratory medicine) / Ed. J. A. Lott. — Totowa, NJ : Humana Press Inc., 1997. — 232 p.
12. Course and outcome of chronic pancreatitis : longitudinal study of a mixed medical-surgical series of 245 patients / R. W. Ammann, A. Akovbiantz, F. Largader [et al.] // *Gastroenterology.* — 1984. — Vol. 86. — P. 820–828.
13. Diagnosis of chronic pancreatitis by using apparent diffusion coefficient measurements at 3.0-T MR following secretin stimulation / M. F. Akisik, K. Sandrasegaran, S. G. Jennings [et al.] // *Radiology.* — 2009. — Vol. 252. — P. 418–425.
14. Dominguez-Munoz J. E. Diagnosis of chronic pancreatitis. Functional testing / J. E. Dominguez-Munoz // *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* — 2010. — Vol. 24. — P. 233–241.
15. Dzieniszewski J. Chronic pancreatitis in Warsaw / J. Dzieniszewski, M. Jarosz, J. Ciok // *Mater. Med. Pol.* — 1990. — Vol. 22. — P. 202–204.
16. The emerging role of smoking in the development of pancreatitis / M. Alexandre, S. J. Pandol, F. S. Gorelick [et al.] // *Pancreatol.* — 2011. — Vol. 11. — P. 469–474.
17. Endoscopic ultrasonography in chronic pancreatitis : a comparative prospective study with conventional ultrasonography, computed tomography, and ERCP / L. Buscail, J. Escourrou, J. Moreau [et al.] // *Pancreas.* — 1995. — Vol. 10. — P. 215–217.
18. Epidemiology of pancreatic diseases in Luneburg county. A study in a defined German population / P. G. Lankisch, C. Assmus, P. Maisonneuve [et al.] // *Pancreatol.* — 2002. — Vol. 2. — P. 469–477.
19. Estimation of the prevalence and incidence of chronic pancreatitis and its complications / P. Levy, M. Barthet, B. R. Mollard [et al.] // *Gastroenterol. Clin. Biol.* — 2006. — Vol. 30. — P. 838–844.
20. European Commission. Report on Alcohol in Europe : [электронный ресурс]. — Режим доступа: http://ec.europa.eu/health-eu.news_alcoholineurope_en.htm
21. EUS-based criteria for the diagnosis of chronic pancreatitis : the Rosemont classification / M. F. Catalano, A. Sahai, M. Levy [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* — 2009. — Vol. 69. — P. 1251–1261.
22. Faecal elastase 1: not helpful in diagnosing chronic pancreatitis associated with mild to moderate exocrine pancreatic insufficiency / P. G. Lankisch, I. Schmidt, H. Konig [et al.] // *Gut.* — 1998. — Vol. 42. — P. 551–554.
23. Fat malabsorption screening in chronic pancreatitis / V. Dumasy, M. Delhay, F. Cotton [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* — 2004. — Vol. 99. — P. 1350–1354.
24. Garg P. K. Survey on chronic pancreatitis in the Asia-Pacific region / P. K. Garg, R. K. Tandon // *J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2004. — Vol. 19. — P. 998–1004.
25. Guideline for the diagnosis and treatment of chronic pancreatitis / P. C. Bornman, J. F. Botha, J. M. Ramos [et al.] // *S. Afr. Med. J.* — 2010. — Vol. 100. — P. 845–860.
26. [Guidelines for diagnosis and treatment of chronic pancreatitis. Recommendations of the Working Group of the Polish National Consultant in Gastroenterology and the Polish Pancreatic Club] / K. Zuk, E. Czekwianiec, M. Degowska [et al.] // *Przegląd. Gastroenterol.* — 2011. — Vol. 6. — P. 339–352.
27. Guidelines for therapy of chronic pancreatitis. Consensus Conference of the German Society of Digestive and Metabolic Diseases. Halle, 21–23 November 1996 / J. Mossner, V. Keim, C. Niederau [et al.] // *Z. Gastroenterol.* — 1998. — Vol. 36. — P. 359–367.
28. Hammer H. F. Pancreatic exocrine insufficiency: diagnostic evaluation and replacement therapy with pancreatic enzymes / H. F. Hammer // *Dig. Dis.* — 2010. — Vol. 28. — P. 339–343.
29. Incidence of alcoholic chronic pancreatitis in Copenhagen / B. N. Andersen, N. T. Pedersen, J. Scheel [et al.] // *Scand. J. Gastroenterol.* — 1982. — Vol. 17. — P. 247–252.
30. Incidence of chronic pancreatitis in the Czech Republic / P. Dite, K. Stary, I. Novotny [et al.] // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2001. — Vol. 13. — P. 749–750.
31. Incidence, prevalence and survival of chronic pancreatitis : a population-based study / D. Yadav, L. Timmons, J. T. Benson [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* — 2011. — Vol. 106. — P. 2192–2199.
32. INED : [электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.ined.fr/en/pop_figures/france/deaths_causes_mortality/life_expectancy/
33. Italian consensus guidelines for chronic pancreatitis / L. Frulloni, M. Falconi, A. Gabbriellini [et al.] // *Dig. Liver Dis.* — 2010. — Vol. 42, Suppl. 6. — P. S381–S406.
34. Jaakkola M. Pancreatitis in Finland between 1970 and 1989 / M. Jaakkola, I. Nordback // *Gut.* — 1993. — Vol. 34. — P. 1255–1260.
35. Jarosz M. 20-years prospective epidemiological-clinical observations of the chronic pancreatitis / M. Jarosz, J. Dzieniszewski, M. Orzeszko // *Gastroenterologia Polska.* — 2003. — Vol. 10. — P. 371–378.
36. Johnson C. D. National statistics for diet, alcohol consumption, and chronic pancreatitis in England and Wales, 1960–88 / C. D. Johnson, S. Hosking // *Gut.* — 1991. — Vol. 32. — P. 1401–1405.
37. Long-term follow-up of patients with chronic pancreatitis in Italy / G. Cavallini, L. Frulloni, P. Pederzoli [et al.] // *Scand. J. Gastroenterol.* — 1998. — Vol. 33. — P. 880–889.
38. Lowenfels A. B. Defining the role of smoking in chronic pancreatitis / A. B. Lowenfels, P. Maisonneuve // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* — 2011. — Vol. 9. — P. 196–197.
39. Management of pancreatic exocrine insufficiency : Australasian Pancreatic Club recommendations / J. Toouli, A. V. Biankin, M. R. Oliver [et al.] // *Med. J. Aust.* — 2010. — Vol. 193. — P. 461–467.
40. Mortality factors associated with chronic pancreatitis. Unidimensional and multidimensional analysis of a medical-surgical series of 240 patients / P. Levy, C. Milan, J. P. Pignon [et al.] // *Gastroenterology.* — 1989. — Vol. 96. — P. 1165–1172.
41. Mortality in relation to smoking : 50 years' observations on male British doctors / R. Doll, R. Peto, J. Boreham [et al.] // *BMJ.* — 2004. — Vol. 328. — P. 1519.
42. Mortality risk factors in chronic pancreatitis / A. Seicean, M. Tantau, M. Grigorescu [et al.] // *J. Gastrointest. Liver Dis.* — 2006. — Vol. 15. — P. 21–26.
43. Otsuki M. Chronic pancreatitis in Japan: epidemiology, prognosis, diagnostic criteria, and future problems / M. Otsuki // *J. Gastroenterol.* — 2003. — Vol. 38. — P. 315–326.
44. Outcome and quality of life in chronic pancreatitis / G. Talamini, C. Bassi, G. Butturini [et al.] // *JOP.* — 2001. — Vol. 2. — P. 117–123.
45. Pancreatitis and the risk of pancreatic cancer. International Pancreatitis Study Group / A. B. Lowenfels, P. Maisonneuve, G. Cavallini [et al.] // *N. Engl. J. Med.* — 1993. — Vol. 328. — P. 1433–1437.

46. PanCrolnfAISP Study Group. Chronic pancreatitis : report from a multi-center Italian survey (PanCrolnfAISP) on 893 patients / L. Frulloni, A. Gabbriellini, R. Pezzilli [et al.] // *Dig. Liver. Dis.* — 2009. — Vol. 41. — P. 311–317.
47. Prevalence and clinical features of chronic pancreatitis in China : a retrospective multicenter analysis over 10 years / L. W. Wang, Z. S. Li, S. D. Li [et al.] // *Pancreas.* — 2009. — Vol. 38. — P. 248–254.
48. Prognosis of chronic pancreatitis : an international multicenter study. International Pancreatitis Study Group / A. B. Lowenfels, P. Maisonneuve, G. Cavallini [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* — 1994. — Vol. 89. — P. 1467–1471.
49. Prospective assessment of the ability of endoscopic ultrasound to diagnose, exclude, or establish the severity of chronic pancreatitis found by endoscopic retrograde cholangiopancreatography / A. V. Sahai, M. Zimmerman, L. Aabakken [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* — 1998. — Vol. 48. — P. 18–25.
50. Prospective evaluation of endoscopic ultrasonography, endoscopic retrograde pancreatography, and secretin test in the diagnosis of chronic pancreatitis / M. F. Catalano, S. Lahotu, J. E. Geenen [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* — 1998. — Vol. 48. — P. 11–17.
51. The reliability of EUS for the diagnosis of chronic pancreatitis : interobserver agreement among experienced endosonographers / M. B. Wallace, R. H. Hawes, V. Durkalski [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* — 2001. — Vol. 53. — P. 294–299.
52. Risk factors for diabetes mellitus in chronic pancreatitis / D. Malka, P. Hammel, A. Sauvanet [et al.] // *Gastroenterology.* — 2000. — Vol. 119. — P. 1324–1332.
53. Schnelldorfer T. Operative management of chronic pancreatitis : long-term results in 372 patients / T. Schnelldorfer, D. N. Lewin, D. B. Adams // *J. Am. Coll. Surg.* — 2007. — Vol. 204. — P. 1039–1045.
54. Siegmund E. [The diagnostic validity of non-invasive pancreatic function tests—a meta-analysis] / E. Siegmund, J. M. Lohr, P. Schuff-Werner // *Z. Gastroenterol.* — 2004. — Vol. 42. — P. 1117–1128.
55. The sixth nationwide epidemiological survey of chronic pancreatitis in Japan / M. Hirota, T. Shimosegawa, A. Masamune [et al.] // *Pancreatol.* — 2012. — Vol. 12. — P. 79–84.
56. Smoking as a cofactor for causation of chronic pancreatitis : a metaanalysis / A. Andriulli, E. Botteri, P. L. Almasio [et al.] // *Pancreas.* — 2010. — Vol. 39. — P. 1205–1210.
57. Smoking is underrecognized as a risk factor for chronic pancreatitis / D. Yadav, A. Slivka, S. Sherman [et al.] // *Pancreatol.* — 2010. — Vol. 10. — P. 713–719.
58. Survival rates and cause of death in 174 patients with chronic pancreatitis / S. Pedrazzoli, C. Pasquali, S. Guzzinati [et al.] // *J. Gastrointest. Surg.* — 2008. — Vol. 12. — P. 1930–1937.

УДК 616.37–002.2–036.22

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТАP. Lévy¹, E. Dominguez-Muñoz², C. Imrie³, M. Lohr⁴, P. Masionneuve⁵¹Service de Pancréatologie-Gastroentérologie, Pôle des Maladies de l'Appareil Digestif, DHU UNITY, Hôpital Beaujon, Faculté Denis Diderot, Clichy Cedex, France (Клиши Седекс, Франция)²University Hospital of Santiago de Compostela, Spain (Сантьяго-де-Компостела, Испания)³University of Glasgow, Glasgow, United Kingdom (Глазго, Великобритания)⁴Karolinska University Hospital & Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden (Стокгольм, Швеция)⁵European Institute of Oncology, Milan, Italy (Милан, Италия)Статья опубликована в журнале *United European Gastroenterology Journal*. — 2014. — Vol. 2, No 5. — P. 345–354.

Ключевые слова: хронический панкреатит, эпидемиология, заболеваемость, распространенность, внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы

Эпидемиология хронического панкреатита (ХП) не полностью изучена. Существует ряд трудностей в оценке распространенности и заболеваемости ХП. Долгосрочное наблюдение является проблематичным, особенно у лиц, хронически злоупотребляющих алкоголем, а получение формального и стандартизированного диагноза может занять годы. Доступные исследования являются достаточно последовательными в оценке уровня заболеваемости ХП, но только несколько исследований попытались оценить его распространенность. Хотя средняя продолжительность жизни при ХП меньше по сравнению с контрольной популяцией, медиана продолжительности жизни от начала заболевания находится в диапазоне от 15 до 20 лет. Такая выживаемость предполагает более высокую распространенность ХП, чем было установлено в прежних обзорных исследованиях. Недавнее эпидемиологическое исследование во Франции показало ежегодную заболеваемость 7,8 на 100 000 населения. Если предположить выживаемость 15–20 лет, то среднегодовой показатель распространенности должен составлять от 120 до 143 на 100 000 населения. В целом, наши знания об эпидемиологии ХП являются скудными по сравнению с другими заболеваниями. Мы считаем, что в настоящее время недооцениваются как распространенность, так и частота функциональной недостаточности поджелудочной железы и ХП. Существует явная необходимость в дополнительных исследованиях, чтобы восполнить этот недостаток знаний.

УДК 616.37–002.2–036.22

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУP. Lévy¹, E. Dominguez-Muñoz², C. Imrie³, M. Lohr⁴, P. Masionneuve⁵¹Service de Pancréatologie-Gastroentérologie, Pôle des Maladies de l'Appareil Digestif, DHU UNITY, Hôpital Beaujon, Faculté Denis Diderot, Clichy Cedex, France (Кліши Седекс, Франція)²University Hospital of Santiago de Compostela, Spain (Сантьяго-де-Компостела, Іспанія)³University of Glasgow, Glasgow, United Kingdom (Глазго, Великобританія)⁴Karolinska University Hospital & Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden (Стокгольм, Швеція)⁵European Institute of Oncology, Milan, Italy (Мілан, Італія)Стаття опублікована в журналі *United European Gastroenterology Journal*. — 2014. — Vol. 2, No 5. — P. 345–354.

Ключові слова: хронічний панкреатит, епідеміологія, захворюваність, поширеність, зовнішньосекреторна недостатність підшлункової залози

Епідеміологія хронічного панкреатиту (ХП) вивчена не повністю. Існує низка труднощів в оцінці поширеності та захворюваності на ХП. Довгострокове спостереження є проблематичним, особливо за особами, які хронічно зловживають алкоголем, а отримання формального і стандартизованого діагнозу може тривати роками. Доступні дослідження є досить послідовними в оцінці рівня захворюваності на ХП, проте лише декілька досліджень спробували оцінити його поширеність. Хоча середня тривалість життя при ХП є меншою порівняно з контрольною популяцією, медіана тривалості життя від початку захворювання знаходиться в діапазоні від 15 до 20 років. Така виживаність передбачає більш високу поширеність ХП, ніж було встановлено у колишніх оглядових дослідженнях. Недавнє епідеміологічне дослідження у Франції показало щорічну захворюваність 7,8 на 100 000 населення. Якщо припустити виживаність 15–20 років, то середньорічний показник поширеності повинен становити від 120 до 143 на 100 000 населення. Взагалі, наші знання про епідеміологію ХП є мізерними у порівнянні з іншими захворюваннями. Ми вважаємо, що в даний час недооцінюються як поширеність, так і частота функціональної недостатності підшлункової залози і ХП. Існує нагальна необхідність у додаткових дослідженнях, щоб заповнити цю прогалину у знаннях.

EPIDEMIOLOGY OF CHRONIC PANCREATITISP. Lévy¹, E. Dominguez-Muñoz², C. Imrie³, M. Lohr⁴, P. Masionneuve⁵¹Service de Pancréatologie-Gastroentérologie, Pôle des Maladies de l'Appareil Digestif, DHU UNITY, Hôpital Beaujon, Faculté Denis Diderot, Clichy Cedex, France²University Hospital of Santiago de Compostela, Spain³University of Glasgow, Glasgow, United Kingdom⁴Karolinska University Hospital & Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden⁵European Institute of Oncology, Milan, Italy

United European Gastroenterology Journal. — 2014. — Vol. 2, No 5. — P. 345–354.

Key words: chronic pancreatitis, epidemiology, incidence, prevalence, pancreatic exocrine insufficiency

The epidemiology of chronic pancreatitis (CP) is incompletely understood. A number of difficulties exist in estimating the prevalence and incidence of CP. Long-term follow-up is often problematic, especially in chronic alcoholics, and obtaining a formal and standardised diagnosis can take years. The available studies are reasonably consistent in their estimation of the incidence of CP but few studies have attempted to estimate prevalence. Although life expectancy in CP is diminished compared with control populations, median survival lies in the range of 15–20 years. Such a survival would suggest a prevalence of CP rather higher than that determined from the survey studies. A recent epidemiological study in France found an annual incidence of 7.8 per 100,000. Assuming a survival of 15–20 years, the annual prevalence should be between 120 to 143 per 100,000. Overall, our understanding of the epidemiology of CP is poor compared with other illnesses. We consider that both prevalence and the rate of pancreatic insufficiency and of CP are currently underestimated. There is a distinct need for more studies to remedy this lack of knowledge.