

*Suyunov Dilmurod Muminovich*

*Khabibullaev Asilbek Pattohonovich*

*Andijon State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan*

**RISK FACTORS FOR THE DEVELOPMENT OF BILIAR  
PANCREATITIS IN THE ELDERLY POPULATION AND ITS  
PREVENTION**

**Abstract.** A single-stage epidemiological survey was organized and conducted among a representative population of 65-89 years old, consisting of 94 men and women of the Fergana region. Patients with biliary pancreatitis were retrospectively analyzed on the basis of a questionnaire. The study uses epidemiological ("Questionnaire for the Detection of Chronic Noncommunicable Diseases"), clinical, biochemical and instrumental methods based on the criteria and recommendations of the World Health Organization. The article recommends the prevention of biliary pancreatitis.

**Key words:** biliary pancreatitis. Gerontological risk factors

*Суюнов Дилмурод Муминович*

*Хабибуллаев Асилбек Паттохонович*

*Андижонский государственный медицинский институт,*

*Республики Узбекистан г. Андижан*

**ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА У  
ПОЖИЛОГО НАСЕЛЕНИЯ И ЕЁ ПРОФИЛАКТИКЕ**

**Резюме.** Организовано и проведено одномоментное эпидемиологическое обследование среди репрезентативной популяции 65-89 лет, состоящей из 94 мужчин и женщин Ферганской области. Ретроспективно проанализированы пациенты с билиарным панкреатитом на основе анкетирования. В исследовании используются эпидемиологические («Опросник для выявления хронических неинфекционных заболеваний»), клинические, биохимические и инструментальные методы, основанные на критериях и рекомендациях Всемирной организации здравоохранения. В статье рекомендовано профилактики билиарной панкреатита.

**Ключевая слова:** билиарный панкреатит. Геронтологические факторы риска

В последние годы обширные исследования были посвящены билиарному панкреатиту во всем мире. Из анализа научных исследований в этой области следует, что вопросы превентивной панкреатологии до сих пор недостаточно разработаны, тактика не столь эффективна, как ожидалось [Давиденко Н.В. и др., 2011]. Острый панкреатит, достигший стадии клинического возбуждения (боли в верхней половине живота, регистрирующие и превышающие норму панкреатических ферментов в крови и моче), уже вызывал такие опасные состояния, как воспалительные процессы в поджелудочной железе и окружающих ее тканях, гиперактивация цитолиза и интрапанкреатических протеолитических ферментов. Вернуть его «бесследно» практически невозможно, а когда он возвращается, он оставляет после себя медицинские, экономические и социальные потери. Однако при прекращении действия этиологических факторов риска, как показали исследования, возможно полное клиническое и гистологическое выздоровление [Srzybowski Shlebowczyk V. et al., 2018] и может лечь в основу вторичной (защиты панкреатита от осложнений) профилактики программы, или соответствующие профессиональные рекомендации могут быть получены. Однако до настоящего времени, несмотря на высокую распространенность острого панкреатита, методы раннего выявления и профилактики острого (билиарного) панкреатита с помощью скрининга, особенно у лиц пожилого возраста, недостаточно разработаны и применяются в указанном направлении. Нам стало известно, что подобные мнения высказываются с 2013 г. на заседаниях Международных научных обществ по гастроэнтерологии и конференциях панкреатологических клубов и в то же время не попадают в поле зрения исследователей [Бордин Д.С. 2013. Сайт [infomedfarmgiolog.ru](http://infomedfarmgiolog.ru) 2013-2014г., Питер Хеги, 2013 г.].

Предрасположенность к острому (билиарному) панкреатиту (ОП) резко увеличилась в популяции, или о высоких показателях распространенности его факторов риска в современной популяции сообщалось..

Например, специальное исследование, проведенное в России, показывает, что количество людей, строго придерживающихся здорового образа жизни

(здоровое питание, регулярные физические нагрузки, полный отказ от курения и употребления алкоголя), не превышает 0,4% [www.Ivrach.ru2019]. . В научной литературе широко обсуждается увеличение числа факторов риска, непосредственно связанных с возникновением острого панкреатита среди населения.. Эпидемиологические данные, полученные к настоящему времени, подтвердили их возрастающую частоту в различных популяциях: ожирение-30,8%, ожирение-14,2%, гиперхолестеринемия-56,3%, гипергликемия-4,1%-9,1%, избыточное потребление соли - 47,1%, меньшее, чем обычно, потребление овощей. и фрукты - 36,2%, дефицит витамина D - 83,2% и гипергомоцистеинемия - 5% [Kim J.S et al., 2018; Рёреке М. и др., 2018; Друк И.В и др., 2019].

В то же время отмечается тенденция к увеличению заболеваемости панкреатитом, в связи с чем обоснованно возрастает осведомленность, интерес и потребность в его профилактике среди населения и клиентов. Острый панкреатит оказывает на организм больного различные функционально-гуморальные, первичные и вторичные патологические воздействия, вызывает тяжелые поражения жизненно важных органов, создает основу для развития у больного ургентного и даже критического состояния..

Частота острого панкреатита составляет 2-8 случаев на 100 000 населения в год, послеоперационная летальность составляет 20-45%, при этом отмечается ее рост среди госпитализированных больных в последние годы [Ивашкин В. Т. и др., 2014; 2019]. .

Патологии желчевыводящих путей играют роль в возникновении панкреатита более чем в 40% случаев. В таких ситуациях панкреатит развивается на почве: дефектов расположения и формы желчного пузыря, сужений и кист панкреатического протока и дистальных отделов холедокса, стеноза сфинктера Одди (52%), хронического холецистита ( 42%), желчнокаменной болезни или в результате холецистэктомии (6%) [ Цуман В.Г. и б. кв., 2001].До 25% панкреатита обусловлено заболеваниями органов пищеварения у детей [Моринвиль В.Д. и др., 2010; Корниенко Е.А. и др., 2010]. Заболеваемость детей составляет 3,6-13,2 на 100 000 населения в год [Abu-El-HaijaM.et.al., 2017].

Хирургические заболевания у детей вызывают острый панкреатит в 0,4-1% [Crzybowska-Shlebowczyk U.et.al., 2018].

Основной причиной чрезмерного интереса к проблеме панкреатита является тот факт, что это заболевание распространяется и постоянно растет:

в общей клинической практике оно наблюдается в 0,6%, а в структуре болезней органов пищеварения до 9%. ;

за последние 30 лет заболеваемость удвоилась и выявляется с частотой до 50 случаев на 100 000 населения;

В России распространенность панкреатита среди взрослых за последние 20 лет увеличилась в 3 раза в связи с ухудшением экономической и экологической ситуации, снижением качества питания и снижением качества общего образа жизни, а также увеличение употребления алкоголя и курения [Маев И.В. и др., 2013]. Анализ литературы последних лет также показывает, что панкреатит чаще встречается у лиц в возрасте 35-50 лет, первичная инвалидизация составляет 15%, смертность в первые 10 лет после установления диагноза панкреатита - 20%, а смертность от осложнений панкреатита - 15-20 лет. % является % [Schneider A.et.al., 2007; Белоусова Е.А и др., 2008]. Поэтому раннее выявление панкреатита и его факторов риска, а также разработка методов профилактики признается весьма актуальной научной проблемой.

**Цель исследования:** определить факторы риска билиарного панкреатита в геронтологической популяции. Профилактика развития билиарного панкреатита у пожилых людей.

**Материалы и методы исследования.** Организовано и будет проведено одномоментное эпидемиологическое обследование среди репрезентативного населения Ферганской области в возрасте 65-89 лет, состоящего из 94 мужчин и женщин. Ретроспективно проанализированы пациенты с билиарным панкреатитом на основе анкетирования. Соответственно, анализ результатов обследования 94 больных желчнокаменной болезнью и 94 человек контрольной группы (возрастная группа 65-89 лет) выявил, что патологический уровень эластазы-1 чаще встречается у больных с желчнокаменной болезнью (30%), чем

у больных с желчнокаменной болезнью. в контрольной группе того же возраста (19%). Такие симптомы, как боль в верхней части живота, метеоризм, непереносимость жиров, также часто наблюдаются у больных желчнокаменной болезнью. Кроме того, по данным ERPG, хронический билиарный панкреатит выявляется в 77% случаев у больных желчнокаменной болезнью, и только у 47% лиц без камней в желчном пузыре диагностируется хронический панкреатит.

Обследование 250 больных билиарным панкреатитом показало, что по сравнению с нормальными больными ожирение любой степени (ОТВ  $18,5 \pm 2,4$ ) считалось фактором риска развития билиарного панкреатита. В то же время ожирение (ОТВ равное или выше 25) повышает риск развития тяжелых форм острого панкреатита. У больных билиарным панкреатитом II степени ожирения (ОТВ 30-34,9) на фоне выраженной жировой дистрофии поджелудочной железы быстро развивается жировой панкреонекроз. Кроме того, осложнения билиарного панкреатита чаще встречаются у больных со II и III степенью ожирения (ИМТ 35-49,9). Билиарный панкреатит, развившийся после холецистэктомии с диагнозом хронический рецидивирующий холецистит, наблюдался в 30% случаев, у всех этих больных до постановки диагноза был диагностирован липоматоз поджелудочной железы при УДТ.

В исследовании используются эпидемиологические («Опросник для выявления хронических неинфекционных заболеваний»), клинические, биохимические и инструментальные методы, основанные на критериях и рекомендациях Всемирной организации здравоохранения. Изучаются и оцениваются следующие факторы риска билиарного панкреатита:

Уровень потребления алкоголя, повышенная утомляемость, несбалансированное питание, расстройства пищевого поведения, избыточная масса тела, ожирение, стрессовые состояния, гиподинамия, дислипидемия (ДЛП), потребление фруктов и овощей меньше нормы (менее 400 г/молоко), травяные заболевания органов пищеварения тракта, травмы/травмы, злоупотребление наркотиками и хирургические операции (операции), выполненные на желудке и поджелудочной железе. Индекс ОТВ рассчитывают

по формуле Кетле: масса тела (кг) / рост (м<sup>2</sup>). Если индекс массы тела меньше 20, то массы тела недостаточно, если он равен 20-24,9, то считается нормальным весом, если 25-29 – избыточным весом, а если он больше 30 считается ожирением. Изучены возраст, пол и другие факторы риска у пациентов, находящихся под нашим наблюдением, и определен процент поражения панкреатического липоматоза. Таблица 1.

**Таблица 1**

Возраст	Пол	Факторы риска липоматоза поджелудочной железы									
		нездоровое питание %	злоупотребление алкоголем %	курение %;	Уровень ожирения			Г И Е	Диабет		
					I	II	III		легкий	средний	тяжелый
65-69	М	64%	14%	24%	56%	59%	63%	7%	8%	14%	11%
	Ж	34%	0%	0%	59%	62%	64%	8%	8%	14%	11%
70-79	М	57%	4%	21%	58%	65%	68%	54%	11%	13%	16%
	Ж	33%	0%	0%	60%	65%	68%	69%	11%	13%	16%
80-89	М	57%	0.4%	22%	48%	54%	63%	80%	8.5%	10%	12%
	Ж	14%	0%	12%	64%	54%	63%	83%	7%	6%	4%

Жировая дистрофия поджелудочной железы играет важную роль в развитии билиарного панкреатита у пожилых людей. В результате липоматоза поджелудочной железы ткань железы становится склонной к воспалению, и в то же время в ферментативной фазе панкреатита это приводит к быстрому переходу из трипсиновой фазы в липазную ферментативную. Причина в том, что из-за жировой дистрофии поджелудочной железы ферментативные клетки железы не могут выделять в каналцы вырабатываемые ею ферменты. С началом воспаления накопленная внутри клетки липаза сильно воздействует на молекулы жира внутри клетки. В результате панкреатический жировой панкреонекроз развивается быстрее, чем у тяжелых больных без липоматоза..

#### **Уровень развития липоматоза поджелудочной железы**

Практики выделяют следующие степени распространения патологического процесса:

I - поражено около 30% железы, специфических симптомов не наблюдается, функциональное состояние органа компенсировано;

II - поражено примерно от 30% до 60% железы, имеются признаки расстройства пищеварения.;

III –поражено более 60% железы, нарушена функция органа, клетки железы не могут секретировать необходимые биологически активные вещества (инсулин, амилаза, глюкагон, соматостатин, липокаин, трипсин, панкреатическая липаза).

Поэтому в ходе нашего исследования изучались вредные привычки, вызывающие жировую дистрофию поджелудочной железы, и усиление действия этих привычек с возрастом.

В связи с жировой дистрофией поджелудочной железы установлено, что риск развития билиарного панкреатита возрастает при патологии желчевыводящих путей и исследованиях желчевыводящих путей. У больных, находящихся под нашим наблюдением, после обследования было установлено, что развился билиарный панкреатит и нарастал панкреатический липоматоз.

Таблица 2.

**2 стол. Скорость развития постдиагнозного билиарного панкреатита в нашем последующем наблюдении.**

	Степень тяжести липоматоза поджелудочной железы		
	I	II	III
Традиционная холецистэктомия	1%	5%	8%
Лапароскопическая холецистэктомия	07%	4%	7%
Холедохолитотомия	08%	3%	5%
ЭРПХГ литоэкстракция	2%	6%	10%

**Вывод:** 1. Для снижения риска развития билиарного панкреатита у больных с заболеваниями желчевыводящих путей необходимо в первую очередь бороться с липоматозом поджелудочной железы. Для этого необходимо исключить вредные привычки и факторы риска, вызывающие липоматоз поджелудочной железы.

2. Необходимо определить наличие липоматоза поджелудочной железы перед обследованием больных с хирургическими заболеваниями желчевыводящих путей. При выявлении липоматоза поджелудочной железы у

данной группы больных рекомендуется проводить профилактическую антиферментную терапию в период до и после обследования.

3. У больных билиарным панкреатитом необходимо вести здоровый образ жизни и контролировать жировой обмен с целью профилактики рецидивов заболевания.

### **ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ССЫЛКИ.**

1. Aminov IKh, Churkin MV, Podoluzhny VI, Krasnov KA. Influence of the type of sedation and risk factors on the development of acute pancreatitis after endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Medicine in Kuzbass*. 2014; (3): 21. Russian (Аминов И.Х., Чуркин М.В., Подолужный В.И., Краснов К.А. Влияние вида премедикации и факторов риска на развитие острого панкреатита после эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии // Медицина в Кузбассе. 2014. № 3. С. 21)
2. Beburishvili AG, Bykov AV, Zyubina EN, Burchuladze NS. Evolution of approaches to surgical treatment of the complicated cholecystitis. *Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*. 2005; (1): 43-47. Russian (Бебуришвили А. Г., Быкова В., Зюбина Е. Н. и др. Эволюция подходов к хирургическому лечению осложненного холецистита // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2005. № 1. С. 43-47)
3. Vinnik YuS, Davydov AV, Pakhomova RA, Kochetova LV, Gulman MI, Solovyeva NSetal.