

Литература:

1. Cruz-Monserrate Z., Gumpfer K., Pita V., Hart P. A., Forsmark C., Whitcomb D. C., Yadav D., Waldron R. T., Pandol S., Steen H., Anani V., Kanwar N., Vege S. S., Appana S., Li L., Serrano J., Rinaudo J. A. S., Topazian M., Conwell D. L.; Consortium for the Study of Chronic Pancreatitis, Diabetes, and Pancreatic Cancer. Biomarkers of chronic pancreatitis: a systematic literature review. *Pancreatology*. 2021. Vol. 21, No 2. P. 323–333.
2. Faghieh M., Phillips A. E., Kuhlmann L., Afghani E., Drewes A. M., Yadav D., Singh V. K., Olesen S. S. Pancreatic QST (Pancreatic Quantitative Sensory Testing) differentiates chronic pancreatitis patients into distinct pain phenotypes independent of psychiatric comorbidities. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2022. Vol. 20, No 1. P. 153–161.
3. Gardner T. B., Adler D. G., Forsmark C. E., Sauer B. G., Taylor J. R., Whitcomb D. C. ACG clinical guideline: chronic pancreatitis. *Am. J. Gastroenterol.* 2020. Vol. 115, No 3. P. 322–339.
4. Issa Y., Kempeneers M. A., Bruno M. J., Fockens P., Poley J. W., Ahmed Ali U., Bollen T. L., Busch O. R., Dejong C. H., van Duijvendijk P., van Dullemen H. M., van Eijck C. H., van Goor H., Hadithi M., Haveman J. W., Keulemans Y., Nieuwenhuijs V. B., Poen A. C., Rauws E. A., Tan A. C., Thijs W., Timmer R., Witteman B. J., Besselink M. G., van Hooft J. E., van Santvoort H. C., Dijkgraaf M. G., Boermeester M. A.; Dutch Pancreatitis Study Group. Effect of early surgery vs endoscopy-first approach on pain in patients with chronic pancreatitis: the ESCAPE randomized clinical trial. *JAMA*. 2020. Vol. 323, No 3. P. 237–247.
5. Maev I. V., Kucheryavyy Y. A., Gubergrits N. B., Bonacker I., Shelest E. A., Janssen-van Solingen G. P., Domínguez-Muñoz J. E. Differences in in vitro properties of pancreatin preparations for pancreatic exocrine insufficiency as marketed in Russia and CIS. *Drugs R.D.* 2020. Vol. 20, No 4. P. 369–376.
6. Palermo T. M., Law E. F., Topazian M. D., Slack K., Dear B. F., Ko Y. J., Vege S. S., Fogel E., Trikudanthan G., Andersen D. K., Conwell D. L. Consortium for the Study of Chronic Pancreatitis, Diabetes, and Pancreatic Cancer (CPDPC). Internet cognitive-behavioral therapy for painful chronic pancreatitis: a pilot feasibility randomized controlled trial. *Clin. Transl. Gastroenterol.* 2021. Vol. 12, No 6. P. e00373.
7. Phillips A. E., Faghieh M., Kuhlmann L., Larsen I. M., Drewes A. M., Singh V. K., Yadav D., Olesen S. S.; Pancreatic Quantitative Sensory Testing (P-QST) Consortium. A clinically feasible method for the assessment and characterization of pain in patients with chronic pancreatitis. *Pancreatology*. 2020. Vol. 20, No 1. P. 25–34.
8. de Rijk F. E. M., van Veldhuisen C. L., Besselink M. G., van Hooft J. E., van Santvoort H. C., van Geenen E. J. M., Hegyi P., Löhr J. M., Dominguez-Munoz J. E., de Jonge P. J. F., Bruno M. J., Verdonk R. C.; Dutch Pancreatitis Study Group. Diagnosis and treatment of exocrine pancreatic insufficiency in chronic pancreatitis: an international expert survey and case vignette study. *Pancreatology*. 2022. Vol. 22, No 4. P. 457–465.
9. Whitcomb D. C., Shimosegawa T., Chari S. T., Forsmark C. E., Frulloni L., Garg P., Hegyi P., Hirooka Y., Iri-sawa A., Ishikawa T., Isaji S., Lerch M. M., Levy P., Masamune A., Wilcox C. M., Windsor J., Yadav D., Sheel A., Neoptolemos J. P.; Working Group for the International (IAP—APA—JPS—EPC) Consensus Guidelines for Chronic Pancreatitis. International consensus statements on early chronic pancreatitis. Recommendations from the working group for the international consensus guidelines for chronic pancreatitis in collaboration with The International Association of Pancreatology, American Pancreatic Association, Japan Pancreas Society, PancreasFest Working Group and European Pancreatic Club. *Pancreatology*. 2018. Vol. 18, No 5. P. 516–527.

УДК 616.37-002(7/8)(063)

doi: 10.33149/vkpr.2022.04.02

RU Новости американской панкреатологии (по материалам Американской недели болезней органов пищеварения, Сан-Диего, 21–24 мая 2022 г.)

Н. Б. Губергриц¹, Н. В. Беляева¹, Г. М. Лукашевич², П. Г. Фоменко², Л. А. Ярошенко²

¹Многопрофильная клиника «Инто Сана», Одесса, Украина

²Донецкий национальный медицинский университет, Украина

Ключевые слова: поджелудочная железа, хронический панкреатит, аутоиммунный панкреатит, диагностика, лечение

В 2022 году врачи Украины имели возможность участвовать онлайн в Американской неделе болезней органов пищеварения. Несколько сессий и симпозиумов были посвящены патологии поджелудочной железы.

Интересное исследование выполнили Y. Hadi et al. (США) — «Хронический панкреатит (ХП) и COVID-19: заболеваемость и исходы. Анализ мультицентровой исследовательской сети». Ретроспективное когортное исследование (включены пациенты с января 2020 г. по июль 2021 г.). Данные 4420 пациентов с ХП + COVID-19 сравнили с данными 1 169 773 пациентов с COVID-19 без панкреатита (больные были сопоставимы по возрасту, полу, расе, наличию сахарного диабета, ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии и других заболеваний, курению и употреблению алкоголя). У больных ХП и COVID-19 выше летальность (4,96% против 2,16%; ОШ 2,29, 95% ДИ 2,02–2,61), необходимость в госпитализации (ОШ 3,64, 95% ДИ 3,47–3,83), оказании неотложной помощи (ОШ 3,16, 95% ДИ 2,86–3,50), частота острой почечной недостаточности (ОШ 3,96, 95% ДИ 3,71–4,24) по сравнению с больными без панкреатита. Инновационное исследование Т. А. Brenner et al. (США) «Влияние терапии модулятором CFTR на экзокринную и эндокринную функцию поджелудочной железы у детей с кистозным фиброзом». Модуляторы CFTR (ivacaftor,

lumacaftor, tezacaftor, elexacaftor) потенцируют функцию CFTR и транспортировку ионов на клеточную поверхность. 145 пациентов с муковисцидозом получали модуляторы CFTR, а пациенты группы контроля (85) такую терапию не получали. Длительность лечения составила 6 месяцев. В исследуемой группе отмечался значительный прирост массы тела ($p=0,001$), а в контрольной группе достоверного увеличения массы тела не было ($p=0,0784$). В исследуемой группе имело место недостоверное снижение риска острого панкреатита (ОП) ($p=0,258$) и недостоверное повышение показателей фекальной эластазы ($p=0,566$).

Гипердиагностика ХП подтверждена работой M. Ladna et al. (США). Диагностические коды МКБ-10 используются чрезмерно для установления диагноза ХП. Был проведен ретроспективный анализ данных всех пациентов с кодами МКБ-10 — K86.0 (алкогольный ХП) и K86.1 (другой ХП), которые наблюдались амбулаторно или стационарно в Центре специализированной медицинской помощи Университета Флориды с февраля 2018 г. до февраля 2020 г. Всего было просмотрено 1360 карт пациентов, из которых 176 имели код МКБ-10 K86.0 и 1184 имели код МКБ-10 K86.1. Диагноз ХП считали достоверным, если он был установлен гастроэнтерологом, подтвержден биопсией либо наличием классических признаков заболевания при поперечной визуализации (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) с присутствием соответствующих симптомов. В общей сложности у 504 (37%) из 1360 пациентов не было никаких признаков ХП несмотря на то, что их карты были помечены кодом МКБ-10 для ХП. При разбивке карт по коду диагноза 41 из 176 карт (23,3%) с кодом K86.0 и 461 из 1184 карт (38,6%) с кодом K86.1 не имели никаких признаков ХП. Из этих пациентов у 163 был единичный эпизод ОП любой этиологии, у 107 — рецидивирующий ОП, у 29 — эпизод острого некротизирующего панкреатита, у 22 — рак (панкреатический или холангиокарцинома), у 19 — резекция поджелудочной железы без ХП как основного показания, у 48 — хроническая абдоминальная боль непанкреатобилиарной этиологии, а у 81 вообще не было явной абдоминальной патологии.

Ряд докладов были посвящены купированию панкреатической боли, диагностике и лечению внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, хирургическому и эндоскопическому лечению ХП.

EN News of American Pancreatology (based on American Digestive Disease Week, San Diego, May 21–24, 2022)

N. B. Gubergits¹, N. V. Byelayeva¹, G. M. Lukashevich², P. G. Fomenko², L. A. Yaroshenko²

¹“Into Sana” Multifield Clinic, Odessa, Ukraine

²Donetsk National Medical University, Ukraine

Key words: pancreas, chronic pancreatitis, autoimmune pancreatitis, diagnosis, treatment

In 2022, Ukrainian doctors had the opportunity to participate online in the American Digestive Diseases Week.

Several sessions and symposia were devoted to the pathology of the pancreas.

An interesting study was presented by Y. Hadi et al. (USA) — “Chronic pancreatitis (CP) and COVID-19: incidence and outcomes. Analysis of a multicenter research network”. The retrospective cohort study included patients from January 2020 to July 2021. 4420 patients with CP + COVID-19 were compared with 1 169 773 patients with COVID-19 without pancreatitis (patients were matched for age, gender, race, presence of diabetes, coronary heart disease, arterial hypertension, other diseases, smoking, and alcohol consumption). Patients with CP and COVID-19 have higher mortality (4.96% vs. 2.16%; OR 2.29, 95% CI 2.02–2.61), need for hospitalization (OR 3.64, 95% CI 3.47–3.83), emergency care (OR 3.16, 95% CI 2.86–3.50), incidence of acute renal failure (OR 3.96, 95% CI 3.71–4.24) compared with patients without pancreatitis.

Groundbreaking research was conducted by T. A. Brenner et al. (USA) “Effect of CFTR modulator therapy on exocrine and endocrine pancreatic function in children with cystic fibrosis”. CFTR modulators (ivacaftor, lumacaftor, tezacaftor, elexacaftor) potentiate CFTR function and ion transport to the cell surface. 145 patients with cystic fibrosis were given CFTR modulators, but 85 patients in the control group did not get this kind of treatment. Treatment lasted for 6 months. In the study group, there was a significant increase in body mass ($p=0.001$), while there was no significant increase in body mass in the control group ($p=0.0784$). In the study group, there was an insignificant decrease in the risk of acute pancreatitis ($p=0.258$) and an insignificant increase in fecal elastase ($p=0.566$).

The hyperdiagnosis of CP was confirmed by M. Ladna et al. (USA). ICD-10 diagnostic codes are overused for the diagnosis of CP. A retrospective analysis was taken at all University of Florida Specialized Care Center patients with ICD-10 codes K86.0 (alcoholic CP) and K86.1 (other CP) who were either outpatients or inpatients from February 2018 to February 2020. A total of 1360 patient records were reviewed, of which 176 had ICD-10 code K86.0 and 1184 had ICD-10 code K86.1. The diagnosis of CP was considered reliable if it was confirmed by a gastroenterologist, a biopsy, or the presence of classic signs of the disease on transverse imaging (CT, MRI) along with the right symptoms. A total of 504 (37%) of 1360 patients had no evidence of CP despite their cards being labeled with the ICD-10 code for CP. When cards were divided by diagnosis code, 41 of 176 cards (23.3%) with code K86.0 and 461 of 1184 cards (38.6%) with code K86.1 had no signs of CP. Of these patients, 163 had a single episode of acute pancreatitis of any etiology, 107 had recurrent acute pancreatitis, 29 had an episode of acute necrotizing pancreatitis, 22 had cancer (pancreatic or cholangiocarcinoma), 19 had pancreatic resection without CP as the main indication, 48 had chronic abdominal pain of non-pancreatobiliary etiology, and 81 had no obvious abdominal pathology at all.

A number of reports were devoted to the relief of pancreatic pain, diagnosis and treatment of exocrine pancreatic insufficiency, and surgical and endoscopic treatment of CP.