



## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

<sup>1,2</sup>С. Д. Косюра, <sup>1,2</sup>И. Г. Федоров, <sup>2</sup>Н. С. Гаврилина, <sup>1</sup>Г. А. Седова

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва;

<sup>2</sup>ГБУЗ «ГКБ № 12 ДЗМ»

## MEDICO-SOCIAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS

<sup>1,2</sup>S. D. Kosyura, <sup>1,2</sup>I. G. Fedorov, <sup>2</sup>N. S. Gavrulina, <sup>1</sup>G. A. Sedova

<sup>1</sup>Russian National Research Medical University n. a. N. I. Pirogov;

<sup>2</sup>Health City Clinical № 12

*Косюра С. Д. — ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, кафедра госпитальной терапии № 2 лечебного факультета, доцент, к. м. н., ГБУЗ «ГКБ № 12 ДЗМ», врач отделения гастроэнтерологии*

*Федоров И. Г. — ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, кафедра госпитальной терапии № 2 лечебного факультета, доцент, к. м. н., ГБУЗ «ГКБ № 12 ДЗМ», заведующий отделением гастроэнтерологии*

*Гаврилина Н. С. — ГБУЗ «ГКБ № 12 ДЗМ», врач отделения гастроэнтерологии*

*Седова Г. А. — ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, кафедра госпитальной терапии № 2 лечебного факультета, аспирант*  
*S. D. Kosyura — Russian National Research Medical University n. a. N. I. Pirogov, Department Hospital Therapy № 2, associate professor, Health City Clinical № 12, gastroenterologist*

*I. G. Fedorov — Russian National Research Medical University n. a. N. I. Pirogov, Department Hospital Therapy № 2, associate professor, Health City Clinical № 12, branch manager*

*N. S. Gavrulina — Health City Clinical № 12, gastroenterologist*

*G. A. Sedova — Russian National Research Medical University n. a. N. I. Pirogov, Department Hospital Therapy № 2, post-graduate*

Косюра Светлана  
Дмитриевна

Kosyura Svetlana D.

E-mail:

kosyurasd@yandex.ru

### Резюме

**Цель:** провести сравнительный анализ данных медико-социального статуса больных с хроническим токсико-метаболическим панкреатитом (ХТМП) и хроническим обструктивным панкреатитом (ХОП).

**Материалы и методы:** обследовано 250 пациентов с хроническим панкреатитом (ХП). Основываясь на классификации TIGAR-O, выделили две группы больных: в 1-ую группу вошли 142 (56,8%) пациента с ХТМП, во 2-ую группу — 108 (43,2%) пациентов ХОП. Для оценки социальной характеристики пациентов разработана анкета, включающая факторы социального статуса (пол, возраст, уровень образования, трудовая занятость, семейное положение, вредные привычки).

**Результаты.** Средний возраст пациентов с ХП составил 53,2 год, соотношение мужчин и женщин — 3:2. На долю ХТМП приходится 56,8% всех пациентов с ХП, средний возраст составил 42,3 года, соотношение мужчин и женщин — 4:1. Средний возраст больных с ХОП составил 54,6 лет, соотношение мужчин и женщин — 1:4. 43% пациентов трудоспособного возраста с ХТМП не работают, не состоят в браке, ведут асоциальный образ жизни, имеют более низкое образование в сравнении с пациентами с ХОП.

**Заключение.** Пациенты с ХТМП демонстрируют снижение социальной значимости, как личностной (снижение уровня образования, асоциальный образ жизни), так и общественной (отсутствие трудовой занятости, ухудшение демографических показателей).

**Ключевые слова:** социальный статус, хронический токсико-метаболический панкреатит, хронический обструктивный панкреатит

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014; 109 (9):11–16

## Summary

**Aim of study.** Comparative analysis of the health status of patients with chronic toxic-metabolic pancreatitis (CTMP) and chronic obstructive pancreatitis (COP). The gender and social factors was analysed.

**The materials and methods:** 250 patients with chronic pancreatitis examined. On based of the TIGAR-O classification, two groups of patients choosed: the 1-st group included 142 (56.8%) a patient with CTMP, the 2-nd group — 108 (43.2%) patients COP.

The social characteristics of patients had produced, including assessment of status social (gender, age, educational level, employment, marital status, bad habits). Quality of life was assessed by using the updated questionnaire SF-36.

**Results.** The average age of patients with CP is 53.2 years, male to female ratio is 3: 2. At stake is 56.8% of all CTMP patients with CP, the median age is 42.3 years, the male to female ratio is 4: 1. The average age of patients with COP is 54.6 years, male to female ratio is 1: 4. Do not work, not married, engaged in an anti-social way of life 43% of people working age with CTMP, have a lower education in comparison with patients with COP.

**Conclusion.** Patients with CTMP reduced social significance illustrate reduced social significance as personal (reduction in the level of education, an anti-social way of life), and social (lack of employment, deterioration of demographic indicators).

**Keywords:** social status, chronic toxic-metabolic pancreatitis, chronic obstructive pancreatitis

Ekspierimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2014; 109 (9):11-16

## Введение

Хронический панкреатит (ХП) является важной социальной и экономической проблемой современной медицины в связи с распространенностью, ростом заболеваемости и временной нетрудоспособности. По данным российских и зарубежных авторов алкоголь составляет 40 – 90% случаев среди множества причин хронического панкреатита. Второй причиной, приводящей к развитию хронического панкреатита, является патология билиарного тракта. К этиологическим факторам, приводящим к развитию хронического обструктивного (ХОП) относят болезни желчного пузыря (билиарный сладж, желчнокаменная болезнь (ЖКБ), патология сфинктера Одди — 35 – 56%) и двенадцатиперстной кишки (дуоденит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК) — 10,5 – 16,0%) [1]. В России за последнее десятилетие показатель употребления этанола на душу населения стал одним из самых высоких в мире и составляет более 18 л. По данным Роспотребнадзора, в настоящее время около 3,3 млн. россиян имеют проявления хронической алкогольной интоксикации (ХАИ). Хроническое употребление алкоголя приводит к сокращению продолжительности жизни, росту инвалидизации, летальности и значительному ухудшению демографической ситуации в стране [2].

Злоупотребление алкоголем редко ограничивается поражением одного органа, чаще в патологический процесс вовлекаются многие органы и системы. По данным разных исследователей, не выявлена четкая связь между дозой и типом алкогольных напитков и частотой развития хронического

токсико-метаболического панкреатита (ХТМП) [3,4]. В большинстве случаев тип алкогольных напитков (пиво, вино, водка и др.), схема употребления алкоголя (регулярное употребление, запойное пьянство) мало влияют на частоту развития ХТМП. Не установлена также доза употребляемого алкоголя, ниже которой панкреатит не развивается. Однако в литературе имеются данные о развитии ХТМП у лиц, употребляющих 20 г этанола в день [3,4]. Тем не менее, в большинстве случаев ХАИ развивается у лиц, употребляющих алкогольные напитки от 80 до 500 г этанола/сут. в течение не менее 5 – 13 лет. На основании решений Международной конференции по ХТМП, которая проходила в 1997 г., принято считать, что ХТМП возникает после ежедневного употребления этанола в дозе 80 г/сут. и более в течение 3 – 5 лет, что приводит к значимым гистологическим изменениям поджелудочной железы [5]. Клинически выраженные проявления хронического панкреатита (ХП) развиваются у женщин через 10 – 12 лет, а у мужчин — через 17 – 18 лет от начала систематического употребления алкоголя.

ХП характеризуется значительным нарушением качества жизни и социального статуса большого числа больных трудоспособного возраста. В качестве социального статуса могут выступать — профессия, должность, пол, возраст, семейное положение и др. Социальный статус делится на предписанный (полученный независимо от человека — пол, раса, национальность, социальное происхождение) и достигнутый (приобретенный собственными усилиями) [6].

## Эпидемиология

Распространенность ХП в Европе — 25 случаев на 100 тыс. населения в год [1], в России — 50 случаев на 100 тыс. населения [7 – 8]. В Германии зарегистрировано более 20 тыс., а в России — более 60 тыс. больных ХП [9]. С 80-х годов в мире отмечен двукратный рост числа больных острым панкреатитом (ОП) и ХП [10 – 11]. Заболеваемость ХП в развитых странах колеблется в пределах 5 – 10 случаев на 100

тыс. населения, в мире в целом — 1,6 – 23 случая на 100 тыс. населения в год [11, 12 – 14]. За последние 10 лет отмечается рост доли женщин с ХТМП (до 30%), лиц молодого возраста и подростков (в 4 раза). Средний возраст с момента установления диагноза снизился с 50 до 39 лет. В течение 10 лет умирают 30% больных с ХП, в течение 20 лет — более 50% [4].

## Актуальность и цель исследования

Диагностика ХТМП и его осложнений у больных с ХАИ является сложной медицинской и социальной проблемой из-за значительных изменений психосоциальной адаптации, поздней обращаемости, нередко стертой клинической картины, трудностей интерпретации проявлений заболевания. ХОП является второй по частоте причиной развития ХП. Медико-социальная значимость ХОП заключается не только в росте ЖКБ в мире, но и в росте осложнений, связанных с проведенной холецистэктомией

с развитием ХОП и постхолецистэктомического синдрома.

**Цель исследования:** провести сравнительный анализ медико-социального статуса больных с ХТМП и ХОП. Проанализировать наличие гендерных и социальных факторов (пол, возраст, уровень образования, трудовая занятость, семейный статус, вредные привычки) у пациентов с поражениями поджелудочной железы различного генеза, а также оценить их значение.

## Характеристика пациентов и методы исследований

Обследовано 250 пациентов с ХП. Диагноз ХП ставился на основании жалоб (болевой синдром, диспепсический синдром, нарушение всасывания различной степени выраженности, наличие вторичного сахарного диабета или нарушения толерантности к глюкозе), данных физикального осмотра и лабораторно-инструментального обследования (показатели клинического анализов крови, мочи, кала, биохимического анализа крови, определение эластазы-1 кала с помощью иммуноферментного анализа, УЗИ брюшной полости, ЭГДС).

Основываясь на классификации TIGAR-O, выделили две группы больных. В первую группу вошли 142 (56,8%) пациента с ХТМП: 89 мужчин (62,7%) и 53 женщины (37,3%). Во вторую группу включили

108 (43,2%) пациентов ХОП: 43 (39,8%) мужчин и 65 (60,2%) женщин.

Для оценки социальной характеристики пациентов была разработана анкета, включающая оценку социального статуса (пол, возраст, уровень образования, трудовая занятость, семейное положение, вредные привычки). Качество жизни оценивали с помощью модернизированного опросника SF-36. Для выявления признаков хронической алкогольной интоксикации (ХАИ) применяли анкеты «постинтоксикационного алкогольного синдрома», «Сетка LeGo» в модификации О. Б. Жаркова и соавт., 2001 г. [15].

Статистическая обработка результатов выполнена по программе SPSS 11.5 и включала расчет средней и стандартного отклонения ( $M \pm \sigma$ ) и медианы (Me).

## Результаты обследования и обсуждение

Проведен анализ данных обследования 250 пациентов с ХП, наблюдавшихся в гастроэнтерологическом отделении ГБУЗ ГКБ № 12 ДЗ г. Москва за период 2010–2012 гг., в возрасте от 21 до 75 лет. Дана сравнительная характеристика возрастного состава пациентов с ХТМП (1 группа) и ХОП (2 группа). Среди пациентов 1-ой группы: до 30 лет — 4 пациента (3 мужчин, 1 женщина); 30–39 лет — 42 пациента (30 мужчин, 12 женщин); 40–49 лет — 45 пациентов (27 мужчин, 18 женщин); 50–59 лет — 26 пациентов (13 мужчин, 13 женщин); 60–69 лет — 20 пациентов (12 мужчин, 8 женщин); старше 70 лет — 5 пациентов (4 мужчины, 1 женщина) (рис. 1).

Возрастной состав в группе с ХОП был распределен следующим образом: до 30 лет — 3 пациента (2 мужчин и 1 женщина); 30–39 лет — 15 пациентов (9 мужчин и 5 женщин); 40–49 лет — 25 пациентов (15 мужчин и 11 женщин); 50–59 лет — 35 пациентов (7 мужчин и 28 женщин); 60–69 лет — 18 пациентов (6 мужчин и 12 женщин); старше 70 лет — 12 пациентов (4 мужчины и 8 женщин) (рис. 2).

По данным W. X. Chen и соавт. [16], в Китае, отмечается преобладание женщин среди пациентов с ХОП. Напротив, в группе пациентов, страдающих ХТМП, преобладают мужчины. Доля ХТМП достигает 27,9%, ХОП — 26,9%, а на долю «прочего» ХП приходится 6,7% наблюдений.

В проспективном исследовании ассоциации французских гастроэнтерологов, средний возраст пациентов составил 51 год, соотношение мужчин и женщин — 5:1. Основным этиологическим фактором ХП у 84% больных являлся алкоголь, ХОП наблюдался

у 9% пациентов, «прочий» ХП — у 6%, а врожденные причины — в 2% случаев [17].

По нашим данным, доля ХТМП составила 56,8%, доля ХОП 43,2%. В группе ХТМП преобладали мужчины, соотношение мужчин и женщин — 4:1; в группе ХОП преобладали женщины, соотношение женщин и мужчин — 3:2. В группе ХТМП возрастной пик составил 30–49 лет, соотношение мужчин и женщин 2:1, в группе ХОП возрастной пик приходился на возраст 50–59 лет и составил 32% от всех больных с ХОП, соотношение женщин и мужчин в этой возрастной группе — 4:1.

При сравнении уровня образования, в первой группе пациентов с ХТМП, преобладали лица со средним профессиональным образованием — 79 (55,6%) пациентов: 48 (33,8%) мужчин и 31 (21,8%) женщины. Во второй группе преобладали лица с высшим образованием — 63 (58,3%) пациента: 8 (7,4%) мужчин и 57 (50,9%) женщин (рис. 3).

Был проведен анализ трудовой занятости больных с ХП. Обращает внимание, что в первой группе среди лиц трудоспособного возраста 62 (69,7%) пациента не работали, вели асоциальный образ жизни: 39 (62,9%) мужчин и 23 (37,1%) женщины; работали всего 15 (16,9%) пациентов: 6 (40%) мужчин и 9 (60%) женщин. Во второй группе постоянную работу имели 55 (72,3%) пациентов: 23 (30,2%) мужчины и 32 (42,1%) женщины; не работал только 1 (0,1%) пациент. Имели инвалидность 20 (22,5%) пациентов 1-й группы и 21 (27,6%) пациент 2-й группы (рис. 4).

При проведении анализа семейного положения, в группе больных с ХТМП большинство пациентов

одиноки (разведены или никогда не были женаты (замужем)) 72 (50,7%) пациента: 48 (33,8%) мужчин и 24 (16,2%) женщины; состоят в браке 70 (49,3%) пациентов: 28 (19,7%) мужчин и 42 (29,6%) женщин. В группе с ХОП большинство пациентов состоят в браке — 74 (68,6%) пациентов: 28 (25,9) мужчин и 46 (42,7%) женщины; не состоят в браке 34 (31,4%) пациента: 19 мужчин (17,6%) и 15 (13,8%) женщин (рис. 5).

Проанализированы предпочтения пациентов в выборе спиртных напитков. В 1-й группе мужчины отдают предпочтения крепким спиртным напиткам (водка, коньяк), женщины предпочитают слабые алкогольные напитки (баночные коктейли, вино) (рис. 6). Ежедневно употребляют алкоголь — 44 (49,4%) мужчины, 2–3 раза в неделю — 33 (37%), 2–3 раза в месяц — 12 (13,5%). Более половины женщин, включенных в исследование, употребляют алкоголь ежедневно — 29 (54,7%), 2–3 раза в неделю — 15 (28,3%), 2–3 раза в месяц — 9 (17%). Среди 103 (72,5%) пациентов с ХТМП зарегистрировано табакокурение: 67 (47,2%) мужчин и 36 (25,3%) женщин.

Установлены наиболее часто встречаемые признаки ХАИ: дефицит массы тела выявлен у 91 (64%) пациента, тремор кистей рук — у 85 (60%), признаки полинейропатии — 102 (72%), атрофия мышц плечевого пояса — 96 (68%), гинекомастия у мужчин и гипотрофия молочных желез у женщин — 67 (47%), гиперемия лица — 78 (55%), контрактура Дюпюитрена — 38 (27%).

В 2-й группе больных с ХОП злоупотребление алкоголем пациенты отрицают, признаков хронической алкогольной интоксикации в данной группе не выявлено.

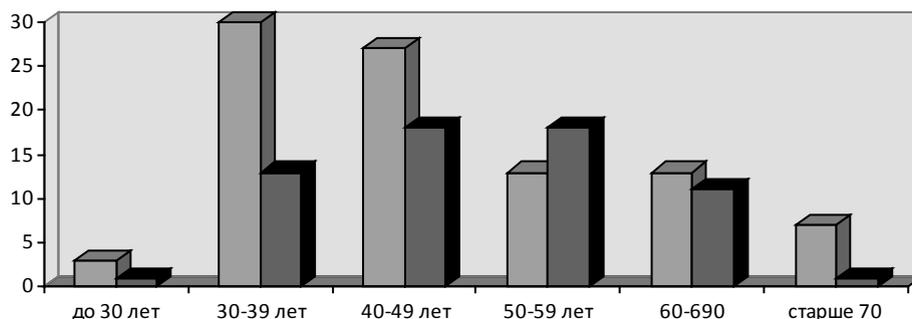
При оценке табакокурения установлено, что 103 (72,5%) пациента 1-й группы с ХТМП курят: 67 (47,2%) мужчин и 36 (25,3%) женщин, во 2-й группе больных с ХОП курят 55 (50,9%) пациентов: 35 (32,4%) мужчин и 20 (18,5%) женщин.

Опросник SF-36 для изучения качества жизни (КЖ) у обследованных больных включает 36 пунктов, сгруппированных в 8 шкал:

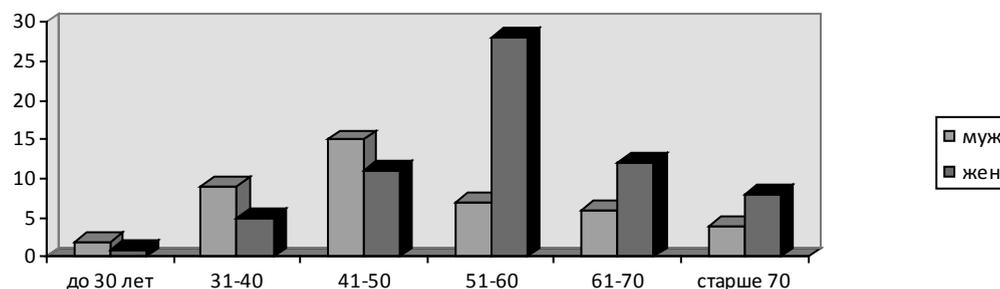
1. физическое функционирование, т. е. способность выдерживать физические нагрузки (ФФ);
2. ролевое физическое функционирование, отражающее влияние физического состояния на повседневную деятельность (РФФ);
3. интенсивность боли и влияние боли на повседневную деятельность (Б);
4. общее состояние здоровья (ОЗ);
5. общая активность, витальность (энергичность) (Э);
6. социальное функционирование (СФ);
7. ролевое эмоциональное функционирование, характеризующее влияние эмоционального состояния на повседневную деятельность (РЭФ);
8. психическое здоровье (ПЗ).

Шкалы с 1 по 4 характеризуют оценку пациентами своего физического здоровья, в шкалах с 5 по 8

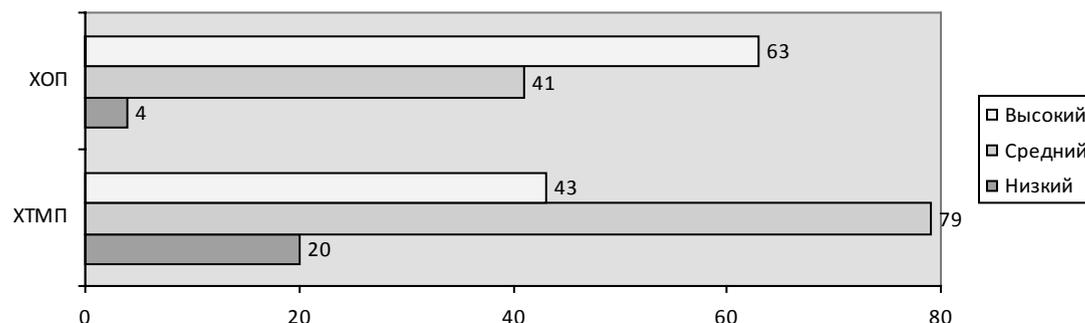
**Рис. 1.**  
Возрастной состав  
пациентов с ХТМП (n=142).



**Рис. 2.**  
Возрастной состав  
пациентов с ХОП (n=108).



**Рис. 3.**  
Характеристика пациентов  
с ХТМП (n=142)  
и ХОП (n=108)  
по уровню образования.



отражаются основные параметры психического здоровья.

При анализе параметров КЖ с учетом различий по полу статистически достоверно ниже были показатели психического здоровья у мужчин с хроническим панкреатитом без учета этиологического фактора.

При анализе параметров КЖ с учетом этиологического фактора были выявлены следующие различия. В группе больных с ХОП достоверно выше оказались показатели физического функционирования (ФФ), психического здоровья (ПЗ) и общей активности, энергичности (Э) (таб. 1.).

Группы пациентов	Показатели шкал опросника SF-36 (баллы)					
	ФФ	РФ	Б	ОЗ	Э	ПЗ
1. Пациенты с ХП (n = 250)	54.8 ± 12.07	40.7 ± 17.1	43.6 ± 18.7	60.1 ± 18.7	56.8 ± 24.6	45.1 ± 8.6
2. Мужчины (n = 132)	54.7 ± 12.6	41.7 ± 17.5	44.9 ± 18.9	60.1 ± 8.3	55.9 ± 24.6	43.4 ± 8.2
3. Женщины (n = 118)	55.1 ± 11.6	38.9 ± 16.7	41.6 ± 18.1	59.2 ± 9.3	57.5 ± 25.0	46.8 ± 8.8
p 2-3	0,862	0,543	0,310	0,925	0,732	0,023*
4. Пациенты с ХТМП (n = 142)	52.63 ± 12.3	40.18 ± 16.97	42.75 ± 19.2	61.88 ± 8.45	44.01 ± 19.2	37.29 ± 5.02
5. Пациенты с ХОП (n = 108)	57.86 ± 11.24	41.1 ± 17.2	44.58 ± 19.77	59.15 ± 8.91	66.19 ± 24.04	50.79 ± 5.01
p 4-5	0,013*	0,772	0,65	0,13	0.000001*	0.000001*

Примечание: ФФ — физическое функционирование, РФФ — ролевое физическое функционирование, Б — боль, ОЗ — общее здоровье, Э — энергичность, ПЗ — психическое здоровье.

Таб. 1. Показатели качества жизни пациентов с хроническим панкреатитом.

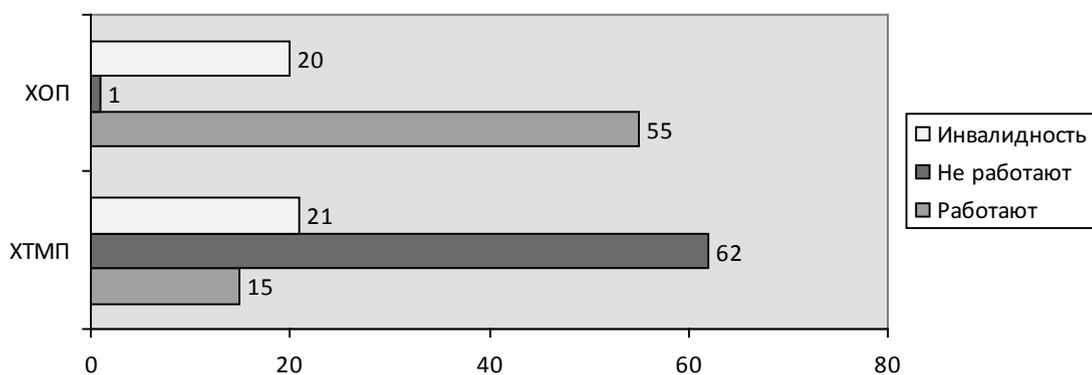


Рис. 4. Анализ трудовой занятости пациентов с ХТМП (n=142) и ХОП (n=108).

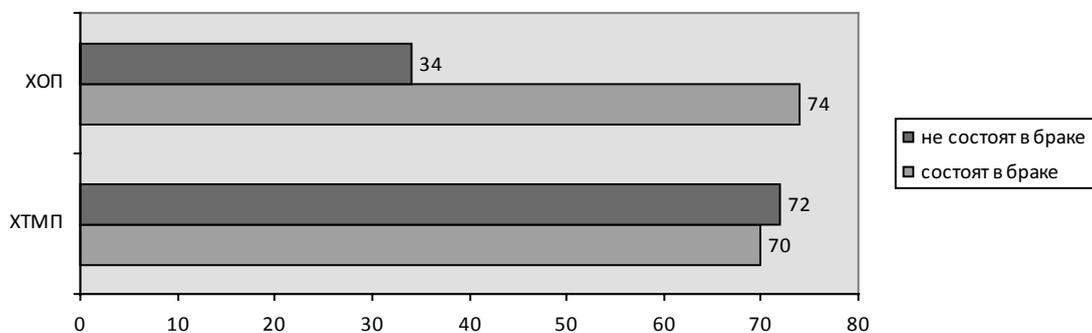


Рис. 5. Семейное положение пациентов с ХТМП (n=142) и ХОП (n=108).

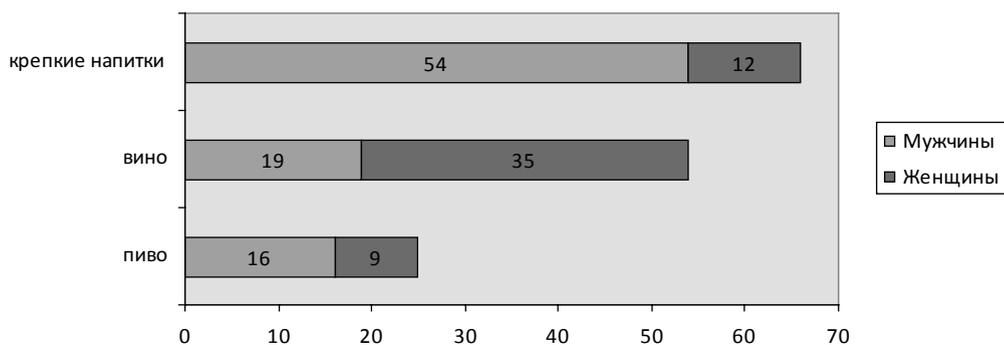


Рис. 6. Предпочтения пациентов с ХТМП (n=142) в выборе спиртных напитков.

## Заключение

Хронический панкреатит алкогольной этиологии (ХТМП) является самой частой формой ХП. На его долю приходится 56,8% всех пациентов с ХП. Возрастной пик заболеваемости приходится на 30–49 лет, средний возраст пациентов составляет 42,3 года, соотношение мужчин и женщин — 4:1. При ХОП возрастной пик приходится на возраст 50–59 лет, что составило 32% от всех больных с ХОП, средний возраст пациентов 54,6 лет, соотношение женщин и мужчин — 4:1. Средний возраст пациентов с ХП составляет 53,2 год, соотношение мужчин и женщин — 3:2, в отличие от данных французских исследователей, у которых средний возраст больных с ХП составляет 51 год, а соотношение мужчин и женщин 5:1. Обращает на себя внимание и тот факт, что среди обследованных пациентов с ХТМП, более 43% лиц трудоспособного возраста (мужчин 43,8%, женщин 43,3%) не работают, не состоят в браке, ведут асоциальный образ жизни, имеют более низкое образование. Достоверно чаще в группе с ХТМП пациенты одиноки (не состоят в браке или разведены) по сравнению с пациентами 2-й группы с ХОП, что составляет 50,7%

и 31,4% соответственно ( $p < 0,01$ ). Курят пациенты 1-й группы чаще, чем пациенты 2-й группы, что составило 72,5% и 50,9% соответственно ( $p < 0,01$ ).

Анализ полученных результатов медико-социальной характеристики пациентов с ХП показал, что установлена взаимосвязь болезни и достигнутого социального статуса. У пациентов с ХТМП снизился достигнутый социальный статус, который отражает достижения человека, приобретенные собственными усилиями (образование, социальное положение в обществе, трудовая занятость, должность и др.). Пациенты с ХТМП демонстрируют снижение социальной значимости, как личностной (снижение уровня образования, асоциальный образ жизни), так и общественной (отсутствие трудовой занятости у лиц трудоспособного возраста, ухудшение демографических показателей), что подтверждается с данными оценки качества жизни пациентов с помощью опросника SF-36, где статистически достоверно отмечается снижение физического функционирования и общей активности, энергичности, а также психического здоровья.

## Литература

1. Ильченко А. А. Билиарный панкреатит. РМЖ. 2012. № 15. С. 803–807.
2. Гаврилина Н. С. Место Гепабене в лечении алкогольной болезни печени. Справочник поликлинического врача. 2012. № 8. С. 6–12.
3. Губергриц Н. Б., Загоренко Ю. А. Хронический алкогольный панкреатит. Уч. зап. Материалы II Междисциплинарного Российского конгресса «Человек, алкоголь и пищевые аддикции». 2008. С. 16–26.
4. Пауков В. С., Беляева Н. Ю., Воронина Т. М. Алкоголизм и алкогольная болезнь. Тер. арх. 2001. 73 (2). С. 65–67.
5. DiMagno M. J., DiMagno E. P. Chronic pancreatitis // Curr. Opin. Gastroenterol. 2010. Vol. 26. N 5. P. 490–498.
6. URL: [http://www.grandars.ru/collage/socioiogiya/socialnye\\_statusy\\_iroli.html](http://www.grandars.ru/collage/socioiogiya/socialnye_statusy_iroli.html). (дата обращения 15.08.2014)
7. Маев И. В., Кучерявый Ю. А. Современные препараты панкреатина в клинической практике. Трудный пациент. 2009. № 11. С. 34–37.
8. Минушкин О. Н. «Хронический панкреатит, этиология, эпидемиология, классификация». Фарматека, — 2007. № 2. С. 53–57.
9. Gerasimenko JV, Lurb G, Ferdeka P et al. Calmodulin protects against alcohol-induced pancreatic trypsinogen activation elicited via Ca<sup>2+</sup> release through IP<sub>3</sub> receptors // Proc. Nat. Acad. Scienc. 2011. P. 1–6.
10. Охлобыстин А. В. Хронический билиарный панкреатит: проблемы и решения. Фарматека. 2012. № 11. С. 13–19.
11. Хазанов А. И., Васильев А. П., Спесивцев В. Н. и соавт. Хронический панкреатит, его течение и исходы. Рос. журн. гастроэнтер., гепатол., колопроктол. 1999. № 4. С. 24–30.
12. Stermer E. Alcohol consumption and the gastrointestinal tract // Isr Med Assoc J 2002. N 4 (3). P. 200–202.
13. Jupp J., Fine D., Johnson P. D. The epidemiology and socioeconomic impact of chronic pancreatitis // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. 2010. Vol. 24. N 3. P. 219–231.
14. Shimizu K., Shiratori K. Chronic pancreatitis. 1. Its epidemiology and symptoms // Nihon Naika Gakkai Zasshi. 2010. Vol. 99. N. 1. P. 36–40.
15. Огурицов П. П., Нужный В. П. Экспресс-диагностика (скрининг) хронической алкогольной интоксикации у больных соматического профиля // Клиническая фармакология и терапия. 2001. № 1. С. 34–39.
16. Chen W. X., Zhang W. F., Li B. et al. // Hepatobil. Pancreat. Dis. Int. 2006. Vol. 5. N. 1. P. 133–137.
17. Levy P., Barthelet M., Mollard B. R. et al. // Gastroenterol. Clin. Biol. 2006. Vol. 30. N. 6–7. P. 838–844.