

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ, ПРОТЕКАЮЩЕГО ПОД МАСКОЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

А.А. Баулин¹, Л.А. Аверьянова², В.А. Баулин¹, О.А. Баулина¹, Д.А. Компанейцева²

¹Пензенский институт усовершенствования врачей, ул. Стасова, д. 8А, г. Пенза, 440060, Россия

²Клиническая больница № 6 имени Г.А. Захарьина, ул. Стасова, д. 7, г. Пенза, 440071, Россия

Резюме. Введение. В структуре заболеваний ургентной патологии ведущее место принадлежит острому панкреатиту, который является третьим по заболеваемости после острого аппендицита и острого холецистита. Лёгкие формы острого панкреатита по статистическим данным составляют 84,7%. **Цель работы:** демонстрация клинического случая абдоминального болевого синдрома, протекающего под гастроэзофагеальной маской острого панкреатита, с помощью разработанного диагностического алгоритма. **Объект и методы.** Пациент М., 56 лет, несколько раз сотрудниками скорой медицинской помощи либо самостоятельно доставлен с рецидивирующим абдоминальным синдромом в лечебно-профилактические учреждения. **Результаты и обсуждение.** На фоне консервативного лечения у пациента наблюдалась непродолжительная положительная динамика, характерная для лёгкой формы острого панкреатита. После взятия пациента на диспансерный учёт и проведения углубленного диагностического обследования по разработанному нашей группой исследователей алгоритму, была выявлена гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. **Заключение.** Пациенты с рецидивирующим абдоминальным болевым синдромом нуждаются в диспансерном наблюдении в амбулаторных условиях для выявления иной патологии, протекающей под маской острого панкреатита и проведения адекватного лечения.

Ключевые слова: острый панкреатит, абдоминальная боль, рецидивирующее течение, диагностический алгоритм, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Соответствие нормам этики. Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо.

Для цитирования: Баулин А.А., Аверьянова Л.А., Баулин В.А., Баулина О.А., Компанейцева Д.А. Клинический случай рецидивирующего болевого синдрома при грыже пищеводного отверстия диафрагмы, протекающего под маской острого панкреатита. *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». Реабилитация, Врач и Здоровье.* 2024;14(1):116-123. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2024.1.CASE.5>

A CLINICAL CASE OF RECURRENT PAIN SYNDROME DUE TO HIATAL HERNIA, OCCURRING UNDER THE GUISE OF ACUTE PANCREATITIS

Anatoliy A. Baulin¹, Lyudmila A. Aver'yanova², Vladimir A. Baulin¹, Olga A. Baulina¹, Dar'ya A. Kompaneytseva²

¹Penza Institute of Advanced Medical Training, 8A, Stasov str., Penza, 440060, Russia

²Clinical Hospital No. 6 named after G.A. Zakharin, 7, Stasov str., Penza, 440071, Russia

Abstract. Introduction. In the structure of urgent pathology diseases, the leading place belongs to acute pancreatitis, which is the third most common after acute appendicitis and acute cholecystitis. According to statistical data, mild forms of acute pancreatitis account for 84.7%. **The aim of the work** is to demonstrate a clinical case of recurrent abdominal syndrome occurring under the gastroesophageal mask of acute pancreatitis in order to identify hernia of the esophageal orifice of the diaphragm using the developed diagnostic algorithm. **Object and methods.** Patient M., 56 years old, repeatedly sought medical help with recurrent abdominal syndrome in a network of polyclinics, as well as a hospital providing emergency specialized medical care. **Results and discussion.** Against the background of conservative treatment, the patient had a short-term positive dynamics characteristic of a mild form of acute pancreatitis. After taking the patient to the dispensary and conducting an in-depth diagnostic examination according to the algorithm developed by our group of researchers, gastroesophageal reflux disease, hernia of the esophageal orifice of the diaphragm was detected. **Conclusion.** Patients with recurrent abdominal pain syndrome need dispensary observation on an outpatient basis to identify other pathology occurring under the guise of acute pancreatitis and adequate treatment.

Keywords: acute pancreatitis, abdominal pain, recurrent course, diagnostic algorithm, hernia of the esophageal orifice of the diaphragm, gastroesophageal reflux disease.

Competing interests. The authors declare no competing interests.

Funding. This research received no external funding.

Compliance with ethical principles. The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary.

Cite as: Baulin A.A., Aver'yanova L.A., Baulin V.A., Baulina O.A., Kompaneytseva D.A. A clinical case of recurrent pain syndrome due to hiatal hernia, occurring under the guise of acute pancreatitis. *Bulletin of the Medical Institute "REAVIZ". Rehabilitation, Doctor and Health.* 2024;14(1):116-123. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2024.1.CASE.2>

Введение

В хирургической практике врачей пациентам с абдоминальной болью необходимы безошибочные принятия решений на этапах диагностики и лечения заболеваний [1–5]. По статистическим данным, как в Российской Федерации, так и в других странах, острый панкреатит занимает лидирующие позиции среди заболеваний ургентной патологии и характеризуется высокой летальностью тяжёлых форм. В 2022 году главный хирург Минздрава России А.Ш. Ревишвили в своём докладе обозначил, что данное заболевание является социально-значимой проблемой, составляет 23% среди заболеваний ургентной патологии [6, 7].

Анализ статистических показателей регионов Российской Федерации показал, что в Санкт-Петербурге в 2013 году острый панкреатит по заболеваемости находился на первом месте [8]. В Пензенской области, вследствие анализа статистических данных заболеваемости, получены следующие результаты: острый панкреатит у большей части пациентов протекает в лёгкой форме, и больные выписываются из лечебно-профилактических учреждений без диспансерного наблюдения, болеют чаще люди трудоспособного возраста, заболевание занимает третье место среди патологий ургентной хирургии [9].

Цель работы: демонстрация клинического случая абдоминального болевого синдрома, протекающего под гастроэзофагеальной маской острого панкреатита, с помощью разработанного диагностического алгоритма.

Объект и методы

При описании клинического случая были использованы: амбулаторная карта пациента П., находившегося на амбулаторном лечении в ГБУЗ «Городская поликлиника» (за 2023 год), результаты проведённых лабораторно-инструментальных методов исследования, результаты видеоэзофагогастродуоденоскопии (ВЭГДС), рентгеноскопия желудка с контрастом, данные компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки без контрастного усиления от 15.05.2023. В Пензенской области информация, связанная с персонифицированным учётом оказанной медицинской помощи в режиме реального времени и обеспечивающая врачей поликлиник и стационаров актуальной информацией о пациентах, собрана в региональной информационно-аналитической медицинской системе РИАМС «ПроМед».

Клинический случай

Пациент П., 56 лет, доставлен сотрудниками скорой медицинской помощи в декабре 2022 года с жалобами на острую боль в животе, тошноту, однократную рвоту после обильного приёма пищи накануне вечером. Ночью в горизонтальном положении отмечалось усиление боли, изжога и отрыжка с неприятным привкусом во рту. При опросе пациента и сборе анамнеза заболевания выявлено, что боль в эпигастрии ранее повторялась. Пациент самостоятельно принимал спазмолитические препараты и ингибиторы протонной помпы, после чего отмечал улучшение состояния.

С помощью цифровизированной программы РИАМС «ПроМед» выявлено, что в лечебные учреждения с болью в животе в 2022 году пациент поступал трижды. При обращении за медицинской помощью в первый раз пациенту был выполнен диагностический алгоритм, включающий:

- общий анализ крови (ОАК): Le – $7,4 \times 10^{12}/л$, Эр – $3,43 \times 10^{12}/л$, Hb – 136 г/л;

- общий анализ мочи (ОАМ): удельный вес – 1012, белок – отрицательно, эпителий плоский – небольшое количество, лейкоциты – единичные в поле зрения;

- ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости: признаки диффузных изменений в печени, поджелудочной железе.

В связи с отказом от госпитализации пациент был направлен с диагнозом «острый панкреатит» на амбулаторное лечение. Через шесть недель после нарушения диеты у пациента произошло обострение болевого синдрома. В результате УЗИ органов брюшной полости (ОБП) выявлено: признаки диффузных изменений в поджелудочной железе, печени, признаки хронического холецисто-панкреатита.

Пациент амбулаторно лечился у терапевта, затем у гастроэнтеролога с диагнозом «обострение хронического панкреатита». Дополнительные методы обследования назначены не были. Пациент повышенного питания, индекс массы тела ИМТ = 40, работает в вычислительном центре программистом, ведёт малоподвижный образ жизни, что влечёт снижение качества жизни. С помощью опросника качества жизни по шкале SF-14 были получены результаты: физический компонент здоровья составил 32,4; психологический компонент здоровья составил 61,3. Интенсивность боли по ВАШ (визуально-аналоговая шкала) – 7 баллов.

При сборе анамнеза выявлены симптомы, характерные для грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). На этапе диагностики был применён разработанный диагностический алгоритм, который помог установить верный диагноз (рис. 1).

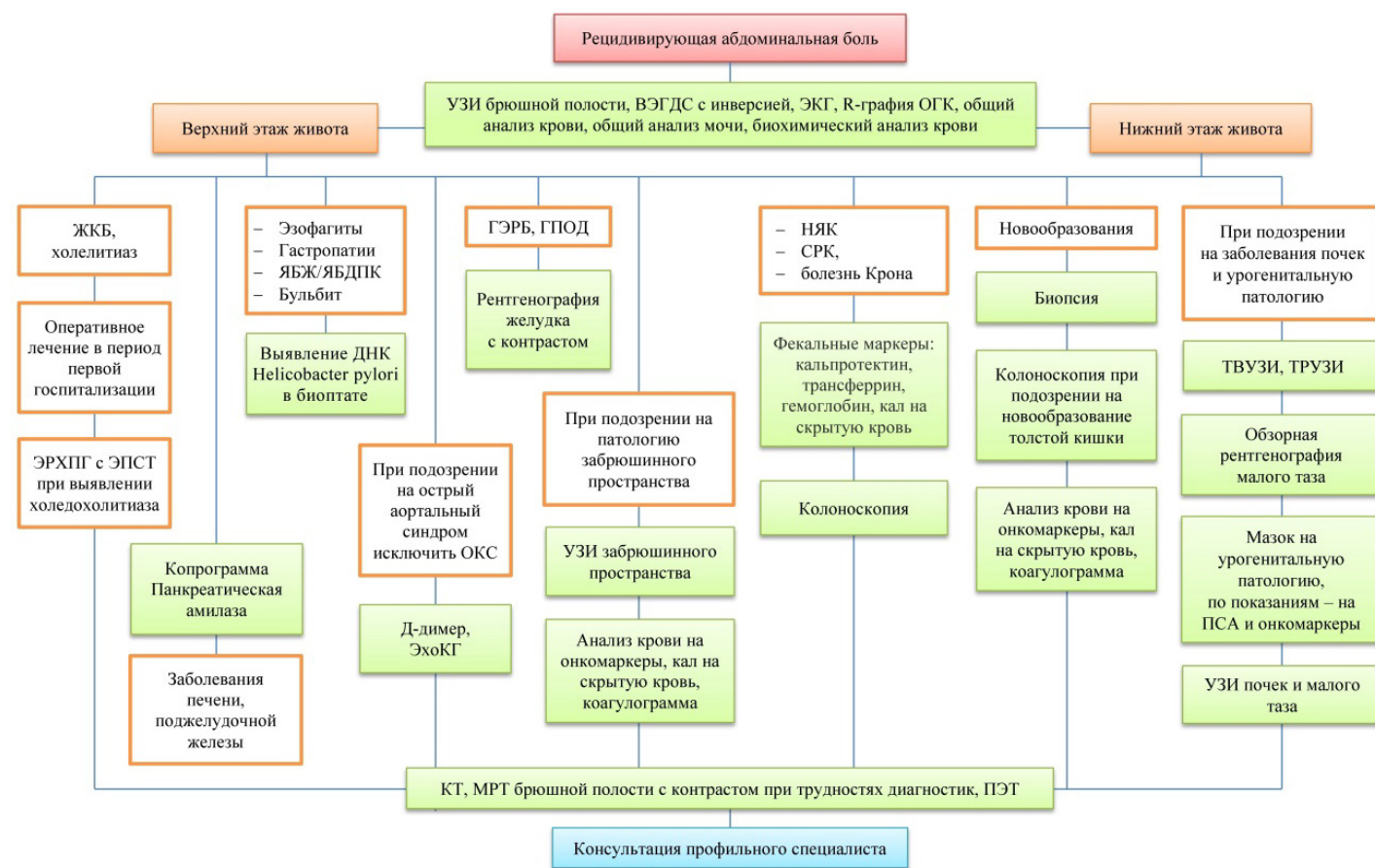


Рисунок 1. Диагностический алгоритм при рецидивирующей абдоминальной боли: ВЭГДС – видеоэзофагогастродуоденоскопия; ЭКГ – электрокардиограмма; ЭхоКГ – эхокардиография; ОГК – рентгенография органов грудной клетки; ЖКБ – желчнокаменная болезнь; ЭРХПГ – ретроградная холангиопанкреатография; ЭПСТ – эндоскопическая папиллосфинктеротомия; ЯБЖ – язвенная болезнь желудка; ЯБДПК – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; ОКС – острый коронарный синдром; ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; ГПОД – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; ПЭТ – позитронно-эмиссионная томография; МРТ – магнитно-резонансная томография; КТ – компьютерная томография; УЗИ – ультразвуковое исследование; НЯК – неспецифический язвенный колит; СРК – синдром раздражённого кишечника; ТВУЗИ – трансвагинальное УЗИ; ТРУЗИ – трансректальное УЗИ; ПСА – простатспецифический антиген

Figure 1. Diagnostic algorithm for recurrent abdominal pain: VEGDS – video esophagogastroduodenoscopy; ECG – electrocardiogram; EchoCG – echocardiography; CR – chest radiography; HL – cholelithiasis; ERCP – retrograde cholangiopancreatography; EPST – endoscopic papillosphincterotomy; GU – gastric ulcer; DU – duodenal ulcer; ACS – acute coronary syndrome; GERD – gastroesophageal reflux disease; HN – hiatal hernia; PET – positron emission tomography; MRI – magnetic resonance imaging; CT – computed tomography; Ultrasound – ultrasound examination; UC – nonspecific ulcerative colitis; IBS – irritable bowel syndrome; TVUS – transvaginal ultrasound; TRUS – transrectal ultrasound; PSA – prostate-specific antigen

Пациенту было предложено ответить на вопросы с помощью стандартизированного опросника Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire (GerdQ). В результате опроса сумма баллов была максимальной (равная 8) и указывала на наличие ГПОД. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы является хроническим рецидивирующим заболеванием. Характеризуется смещением абдоминального отдела пищевода, кардии, верхнего отдела желудка, а также петель кишки через пищеводное отверстие диафрагмы. Данная патология была описана итальянским врачом и анатомом Морганьи в 1768 г.

При сборе анамнеза предрасполагающими факторами к развитию ГПОД явились:

- ожирение (ИМТ>32);
- запоры (стул 1-2 раза в неделю);

- курение (курит 35 лет по 1 пачке в день);

Болевой синдром у пациента носил рецидивирующий характер, чаще после обильного приёма пищи. Боли усиливались при перемене положения тела, при наклонах и во время сна беспокоила изжога, изредка со срыгиванием во время сна. По этой причине пациент стал спать на высоких подушках. По локализации боли чаще беспокоили в области эпигастрия, иногда за грудиной.

В стандарт диагностики данного заболевания входили: рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) с контрастом (для контраста применяется барий), ВЭГДС с инверсией для верификации степени недостаточности кардии. При выполнении УЗИ ОБП были выявлены конкременты в желчном пузыре.

При рентгеноскопии желудка с бариевой взвесью были выявлены следующие признаки ГПОД, ГЭРБ:

- в заднем средостении над диафрагмой при наклонах было визуализировано депо бариевой взвеси, которое менялось по форме, величине и имело сообщение с отделом желудка под диафрагмой;
- в области пищеводного отверстия диафрагмы было визуализировано наличие складок слизистой желудка;
- перемещение газового пузыря желудка в заднее средостение;
- часть слизистой желудка при положении Тренделенбурга перемещалась в дистальный отдел пищевода.

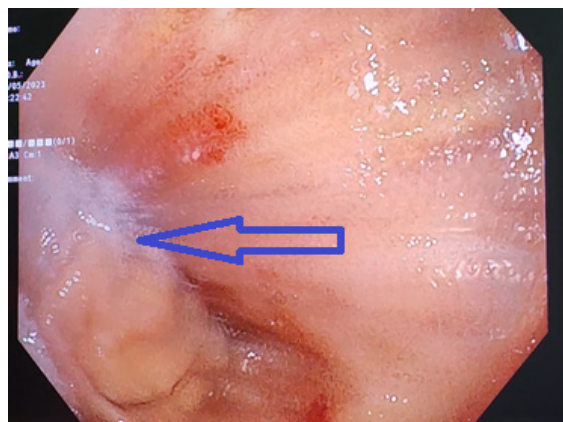
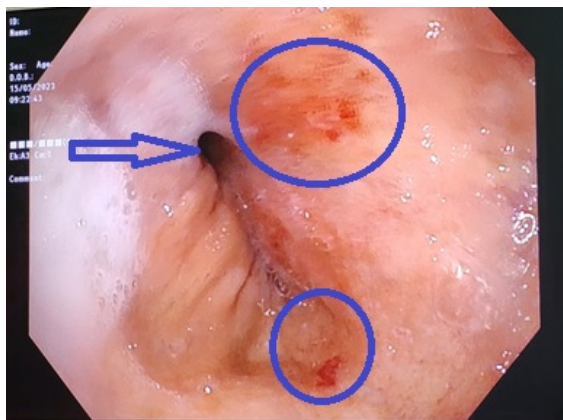


Рисунок 2. В области дистального отдела пищевода визуализирована очаговая гиперемия, неполное смыкание кардии и пролапс слизистой желудка в пищевод

Figure 2. In the area of the distal esophagus, focal hyperemia, incomplete closure of the cardia and prolapse of the gastric mucosa into the esophagus are visualized

При выполнении ВЭГДС было визуализировано:

- кардия смыкалась не полностью, при инверсионном осмотре кардия охватывала аппарат не плотно со стороны левого сегмента;
- зубчатая линия представлена в виде фиброзного кольца;
- в дистальном отделе пищевода слизистая с очагами гиперемии – были выявлены эндоскопические признаки рефлюкс-эзофагита;
- отмечался пролапс слизистой желудка в пищевод;
- визуализирован гастро-эзофагеальный рефлюкс (рис. 2).

Компьютерная томография в последние годы для диагностики ГПОД стала предметом специального исследования. Серийные компьютерные томограммы грудной полости и верхнего этажа брюшной полости выполняются во фронтальных и сагиттальных срезах. Благодаря этой методике был рассчитан пищеводно-аортальный индекс. На уровне середины абдоминального отдела пищевода индекс рассчитывали в виде отношения площади среза абдоминального отдела пищевода к площади брюшного отдела аорты. Благодаря расчётам у данного пациента индекс составил больше 1,0, когда в условиях нормальных значений он должен быть ниже 1,0. Согласно нормальной анатомии абдоминального отдела пищевода на компьютернотомографических срезах просвет отсутствует, в случае ГПОД он существует. У данного пациента просвет составил 1,2 см², более того, в просвете визуализированы складки слизистой оболочки, что для нормальной анатомии не характерно. Кроме того, на снимках отсутствуют сформированные ножки диафрагмы (рис. 3-5).

В связи с вышеизложенным было диагностировано: ГПОД. ГЭРБ. Рефлюкс-эзофагит 1ст. ЖКБ. Хронический калькулёзный холецистит.

Вследствие сочетания ГПОД и ЖКБ было выполнено одномоментное оперативное вмешательство: лапароскопическая холецистэктомия и лапароскопическая фиксация угла Гисса. Через семь суток пациент выписан на амбулаторное лечение, боль регрессировала до 1 балла по ВАШ. Пациент находился на диспансерном учёте у хирурга, эпизодов возобновления боли не было. Благодаря разработанному диагностическому алгоритму была выявлена группа пациентов, которые повторно обращались за медицинской помощью с рецидивирующим абдоминальным синдромом.



Рисунок 3. Визуализирована ГПОД (стрелка)
Figure 3. Visualized hiatal hernia (arrow)



Рисунок 4. Обзорный снимок. Визуализация грыжи при флюорографии (отмечено линией)
Figure 4. Overview photo. Visualization of a hernia with fluorography (marked with a line)

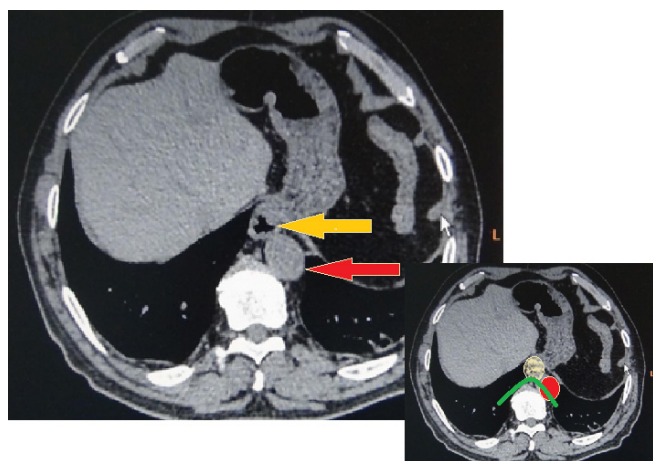


Рисунок 5. Наличие просвета в пищеводе, содержащего газ (верхняя стрелка). Диаметр аорты (нижняя стрелка) меньше диаметра пищевода. Линией указана визуализация ножек диафрагмы в норме, которая на снимках у пациента отсутствует
Figure 5. Presence of a lumen in the esophagus containing gas (top arrow). The diameter of the aorta (lower arrow) is smaller than the diameter of the esophagus. The line indicates the normal visualization of the legs of the diaphragm, which is absent in the patient's photographs

Обсуждение

В классической картине острого панкреатита, согласно Клиническим рекомендациям, наличие двух и более признаков, перечисленных в шкале экспресс-оценки, выявлено не было, что свидетельствовало о лёгком течении заболевания. Спазмолитическая терапия, использование ингибиторов протонной помпы способствовало непродолжительной положительной динамике. Однако в процессе дополнительных клиничко-лабораторных исследований, ВЭГДС, рентгеноскопии желудка с барием и высокоинформативных методов диагностики (КТ

без контраста) были выявлены другие, не относящиеся к данной патологии заболевания. Дифференциальную диагностику следует проводить с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с помощью ВЭГДС, колоноскопии для выявления заболеваний толстой кишки, КТ либо МРТ с контрастом с целью выявления дивертикулов, новообразований брюшной полости в совокупности с дополнительными лабораторными методами исследования.

Городские больницы хирургических отделений, оказывающих экстренную помощь, перегружены

обращающимися за медицинской помощью пациентами [10-13], как проживающими в Пензе, так в области и стране. В связи с этим после снятия болевого синдрома и улучшения состояния часть пациентов выписываются не дообследованными. С другой стороны, районные больницы не укомплектованы оборудованием, которое необходимо для оказания высококвалифицированной специализированной медицинской помощи [14-18]. В связи с реорганизацией оказания специализированной медицинской помощи нагрузка на многопрофильные стационары в Пензе увеличилась на 40 %. Нельзя исключать и человеческий фактор, когда при повторных болевых синдромах пациенты обращаются за помощью и попадают к более высококвалифицированным специалистам, которые назначают необходимые исследования и выявляют заболевания [19-21]. В связи с вышеизложенным, разработанный алгоритм, применяемый на практике врачами амбулаторного звена, поможет улучшить диагностический поиск, выявить заболевание и назначить лечение согласно клиническим рекомендациям.

Заключение

Описанный случай демонстрирует возможности сравнительного анализа клинических, инструментальных и лабораторных данных у категории больных, когда обоснование диагностического поиска приводит к достоверным результатам и выздоровлению пациента. При рецидивирующем абдоминальном синдроме пациентам рекомендовано диспансерное наблюдение в поликлинике. Согласно разработанному алгоритму, с помощью этапной диагностики выявляется патология, приводящая к болям в животе, и назначается лечение согласно клиническим рекомендациям. При диагностировании ГПОД необходимо комплексное обследование, заключающееся в проведении рентгеноскопии желудка с контрастом, ВЭГДС с инверсией и КТ без контрастного усиления.

Литература[References]

- Ивашкин В.Т., Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Лапина Т.Л., Баранская Е.К., Осипенко М.Ф. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по ведению пациентов с абдоминальной болью. *Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол.* 2016;25(4):71-80. Ivashkin V.T., Maev I.V., Kucheryavyy Yu.A., Lapina T.L., Baranskaya E.K., Osipenko M.F. and others. Clinical recommendations of the Russian Gastroenterological Association for the management of patients with abdominal pain. *Ross. magazine gastroenterol. hepatol. coloproctol.* 2016;25(4):71-80. (In Russ). https://vshtspb.ru/files/rekomendatsii_abdominalnaya_bol.pdf
- Имаева А.К., Мустафин Т.И., Половинкина С.Р. Показатели заболеваемости и смертности при остром панкреатите как индикатор состояния медицинской помощи на региональном уровне. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2020;28(6):1298-1303. Imaeva A.K., Mustafin T.I., Polovinkina S.R. Morbidity and mortality rates for acute pancreatitis as an indicator of the state of medical care at the regional level. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine.* 2020;28(6):1298-1303. (In Russ).
- Ермолаев В.А., Савельев В.В. Болезни поджелудочной железы как одна из ведущих проблем абдоминальной хирургии. *Аспирантские чтения-2021: сборник материалов научно-практической конференции аспирантов СВФУ.* Якутск, 2021:66-70. Ermolaev V.A., Savelyev V.V. Diseases of the pancreas as one of the leading problems in abdominal surgery. *Postgraduate readings 2021: collection of materials from the scientific and practical conference of NEFU graduate students.* Yakutsk, 2021:66-70. (In Russ). <https://elibrary.ru/squzjl>
- Мануковский В.А., Барсукова И.М., Дубикайтис П.А. Информационные материалы по неотложной хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в Санкт-Петербурге за 2021 год. Санкт-Петербург, 2022. Manukovsky V.A., Barsukova I.M., Dubikaitis P.A. Information materials on emergency surgical care for acute surgical diseases of the abdominal organs in St. Petersburg for 2021. St. Petersburg, 2022. (In Russ). <https://elibrary.ru/kcfyvd>
- Ревишвили А.Ш., Федоров А.В., Сажин В.П., Оловянный В.Е. Состояние экстренной хирургической помощи в Российской Федерации. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2019;3:88-97. Revishvili A.Sh., Fedorov A.V., Sazhin V.P., Olovyanny V.E. State of emergency surgical care in the Russian Federation. *Surgery. Journal named after N.I. Pirogov.* 2019;3:88-97. (In Russ). <https://www.mediasphera.ru/issues/khirurgiya-zhurnal-im-n-i-pirogova/2019/3/1002312072019031088>
- Ревишвили А.Ш., Кубышкин В.А., Затевахи И.И., Багненко С.Ф., Полушин Ю.С., Майстренко Н.А. и др. Острый панкреатит. Клинические рекомендации. Москва, 2020:38. Revishvili A.Sh., Kubyshkin V.A., Zatevakhi I.I., Bagnenko S.F., Polushin Yu.S., Maistrenko N.A. etc. Acute pancreatitis. Clinical recommendations. Moscow, 2020:38. (In Russ). <https://elibrary.ru/item.asp?id=47217619>
- Яблонский П.К., Мовчан К.Н., Соколов Е.Г., Яковенко Т.В., Тарасов А.Д., Боголюбов М.В., Мамичева О.Ю. Основные статистические параметры оказания медицинской помощи больным острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости в Санкт-Петербурге. *Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого.* 2013;71:64-70. Yablonsky P.K., Movchan K.N., Sokolovich E.G., Yakovenko T.V., Tarasov A.D., Bogolyubov M.V., Mamicheva O.Yu. The main statistical parameters of providing medical care to patients with acute surgical diseases of the abdominal organs in St. Petersburg. *Bulletin of Novgorod State University named after Yaroslav the Wise.* 2013;71:64-70. (In Russ). <https://cyberleninka.ru/article/n/osnovnye-statisticheskie-parametry-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi-bolnym-ostrymi-hirurgicheskimi-zabolevaniyami-organov-bryushnoy>
- Семенов Д.Ю., Щербук А.Н., Морозов С.В., Лобаков А.И., Юнин А.С., Аверин А.А. и др. Сравнение шкал для оценки степени тяжести острого панкреатита. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова.* 2020;179(1):31-38. Semenov D.Yu., Shcherbyuk A.N., Morozov S.V., Lobakov A.I., Yunin A.S., Averin A.A. et al. Comparison of scales for assessing the severity of acute pancreatitis. *Bulletin of surgery named after I. I. Grekov.* 2020;179(1):31-38. (In Russ). <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2020-179-1-31-38>
- Баулин А.А., Аверьянова Л.А., Баулин В.А., Баулина О.А. Важность диагностического алгоритма на этапах маршрутизации пациентов с острым панкреатитом. *Вестник СурГУ. Медицина.* 2022;4(54):36-40. Baulin A.A., Averyanova L.A., Baulin V.A., Baulina O.A. The importance of the diagnostic algorithm at the stages of routing patients with acute pancreatitis. *Bulletin of Surgu State University. Medicine.* 2022;4(54):36-40. (In Russ). <https://www.surgumed.ru/jour/article/view/595>

- 10 Азизов Э.М., Яковенко Т.В., Мовчан К.Н., Ладин С.Э., Яковенко Д.В. Возможности повышения качества медицинской помощи больным острым панкреатитом в рамках проекта «бюджетирование, ориентированное на результат». *Профилактическая медицина-2020: сборник научных трудов всероссийской научно-практической конференции с международным участием*. Санкт-Петербург, 2020:12-16. Azizov E.M., Yakovenko T.V., Movchan K.N., Ladin S.E., Yakovenko D.V. Opportunities for improving the quality of medical care for patients with acute pancreatitis within the framework of the "result-based budgeting" project. *Preventive medicine-2020: collection of scientific papers of the All-Russian scientific and practical conference with international participation*. St. Petersburg, 2020:12-16. (In Russ). <https://elibrary.ru/item.asp?id=44778015&selid=44778172>
- 11 Петров М.С., Ядав Д. Глобальная эпидемиология и целостная профилактика панкреатита. *NatRevGastroenterolHepatol*. 2019 Mar;16(3):175-184. Petrov M.S., Yadav D. Global epidemiology and holistic prevention of pancreatitis. *NatRevGastroenterolHepatol*. 2019 Mar;16(3):175-184. (In Russ). <https://cyberleninka.ru/article/n/patogeneticheskie-aspekty-ostrogo-pankreatita-na-subkletonom>
- 12 Стяжкина С.Н., Галаяудинова А.И., Маннанова Д.Р. Современные методы диагностики острого панкреатита. *ModernScience*. 2020; 9-2: 208-215. Styazhkina S.N., Galyautdinova A.I., Mannanova D.R. Modern methods for diagnosing acute pancreatitis. *ModernScience*. 2020;9-2:208-215. (In Russ). <https://elibrary.ru/item.asp?id=44003782>
- 13 Скрыбин О.Н., Мовчан К.Н., Татаркин В.В., Клиценко О.А., Морозов Ю.М., Яковенко Т.В., Артюшин Б.С. Роль тематической экспертизы качества медицинской помощи в улучшении результатов её оказания при остром панкреатите. *Вестник Российской Военно-медицинской академии*. 2020;1(69):105-112. Skryabin O.N., Movchan K.N., Tatarkin V.V., Klitsenko O.A., Morozov Yu.M., Yakovenko T.V., Artyushin B.S. The role of thematic examination of the quality of medical care in improving the results of its provision in acute pancreatitis. *Bulletin of the Russian Military Medical Academy*. 2020;1(69):105-112. (In Russ). <https://journals.eco-vector.com/1682-7392/article/download/25977/20124>
- 14 Демин Д.Б., Фуныгин М.С., Солодов Ю.Ю., Соболев Ю.А., Гусев Н.С. О необходимости переосмысления лечебной тактики при остром панкреатите в массовом хирургическом сознании. *Университетская клиника*. 2017;4-1(25):47-50. Demin D.B., Funygin M.S., Solodov Yu.Yu., Soboлев Yu.A., Gusev N.S. On the need to rethink treatment tactics for acute pancreatitis in the mass surgical consciousness. *University clinic*. 2017;4-1(25):47-50. (In Russ). <https://elibrary.ru/zwuifn>
- 15 Савин Д.В., Демин Д.Б., Железнов Л.М. Острый тяжелый панкреатит как хирургическая проблема на современном этапе. *Медицинская наука и образование Урала*. 2022;1(109):132-135. Savin D.V., Demin D.B., Zheleznov L.M. Acute severe pancreatitis as a surgical problem at the present stage. *Medical science and education of the Urals*. 2022;1(109):132-135. (In Russ). <https://bik.sfu-kras.ru/elib/view?id=edselr-edselr.48166767&service=eds>
- 16 Глабай В.П., Гриднев О.В., Башанкаев Б.Н., Быков А.Н., Крылов А.В., Каприн И.А. и др. Хирургическая тактика в острой стадии билиарного панкреатита. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2019;11:37-41. Glabay V.P., Gridnev O.V., Bashankaev B.N., Bykov A.N., Krylov A.V., Kaprin I.A. and others. Surgical tactics in the acute stage of biliary pancreatitis. *Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*. 2019;11:37-41. (In Russ). <https://www.mediasphera.ru/issues/khirurgiya-zhurnal-im-n-i-pirogova/2019/11/1002312072019111037>
- 17 Сыщиков Д.С. Тактика хирургического лечения больных с острым панкреатитом. *Известия Российской военно-медицинской академии*. 2020;39(S1-1):255-257. Syshchikov D.S. Tactics of surgical treatment of patients with acute pancreatitis. *News of the Russian Military Medical Academy*. 2020;39(S1-1):255-257. (In Russ). <https://journals.eco-vector.com/RMMArep/article/view/43448>
- 18 Гуликян Г.Н., Пахомова Р.А., Винник Ю.С., Кочетова Л.В., Федотов И.А. Панкреатит – болезнь XXI века. *Хирургическая практика*. 2019;4(40):48-52. Gulikyan G.N., Pakhomova R.A., Vinnik Y.S., Kochetova L.V., Fedotov I.A. Pancreatitis is a disease of the XXI century. *Surgical practice*. 2019;4(40):48-52. (In Russ). <https://www.spractice.ru/jour/article/view/132/131>
- 19 Шабанова Н.Е., Корочанская Н.В., Дурлештер В.М., Свечкарь И.Ю., Веселенко М.И., Тлехурай Р.М. и др. Тактика ведения пациентов с некоронарогенными проявлениями гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *Научный вестник здравоохранения Кубани*. 2016;2(44):35-45. Shabanova N.E., Korochanskaya N.V., Durlshster V.M., Svichkar I.Yu., Vasilenko M.I., Tlekhurai R.M., etc. Management tactics for patients with non-coronary manifestations of gastroesophageal reflux disease. *Scientific Bulletin of Kuban Healthcare*. 2016;2(44):35-45. (In Russ).
- 20 Кочуков В.П., Юдин В.А., Мостыка С.В. Клиническая картина ГПОД. Аксиальная грыжа. *Хирургическая практика*. 2012;3:26-29. Kochukov V.P., Yudin V.A., Mostyka S.V. Clinical picture of GPOD. Axial hernia. *Surgical practice*. 2012;3:26-29. (In Russ).
- 21 Тимошенко М.В., Янышев А.А., Тимошенко Е.А., Матвеев И.С. Частота встречаемости ГПОД, осложненной ГЭРБ у больных, первоначально обратившихся по поводу ЖКБ. *VOLGAMEDSCIENCE. Сборник тезисов VII Всероссийской конференции молодых ученых и студентов с международным участием: материалы конференции*. Нижний Новгород, 2021:357-358. Timoshenko M.V., Yanyshv A.A., Timoshenko E.A., Matveev I.S. Frequency of occurrence of GPOD complicated by GERD in patients who initially applied for GCD. *VOLGA MED SCIENCE. Collection of abstracts of the VII All-Russian Conference of Young Scientists and Students with international participation: conference materials*. Nizhny Novgorod, 2021:357-358. (In Russ).

Авторская справка

Баулин Анатолий Афанасьевич

Д-р мед. наук, профессор, Заслуженный врач РФ, профессор кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина, Пензенский институт усовершенствования врачей.

ORCID 0000-0002-3535-9983; baoulin@mail.ru

Вклад автора: анализ данных литературы.

Аверьянова Людмила Анатольевна

Заведующий приёмным отделением, хирург-эндоскопист, Клиническая больница № 6 имени Г.А. Захарьина.

ORCID 0000-0001-9165-6555; mila.averria@mail.ru

Вклад автора: анализ клинических данных.

Author's reference

Anatoliy A. Baulin

Dr. Sci. (Med.), Professor, Honored Physician of the Russian Federation, Professor of the Department of Surgery and Endoscopy named after Professor N.A. Baulin, Penza Institute of Advanced Medical Training.

ORCID 0000-0002-35-9983; baoulin@mail.ru

Author's contribution: literature data analysis.

Lyudmila A. Aver'yanova

Head of the admission department, endoscopist surgeon, Clinical Hospital No. 6 named after G.A. Zakharin.

ORCID 0000-0001-9165-6555; mila.averria@mail.ru

Author's contribution: clinical data analysis.

Баулин Владимир Анатольевич

Канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина, Пензенский институт усовершенствования врачей.

ORCID 0000-0003-2435-9555; voviku1984@mail.ru

Вклад автора: анализ клинических данных.

Баулина Ольга Александровна

Канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии и эндоскопии имени профессора Н.А. Баулина, Пензенский институт усовершенствования врачей.

ORCID 0000-0002-7150-050X; olga.kosenko@mail.ru

Вклад автора: подготовка заключения и выводов.

Компанейцева Дарья Андреевна

Студентка Медицинского института, Пензенский государственный университет; медицинская сестра Клиническая больница № 6 имени Г.А. Захарина.

ORCID 0009-0009-3983-2916; dashakompan01@mail.ru

Вклад автора: анализ клинических данных.

Vladimir A. Baulin

Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Surgery and Endoscopy named after Professor N.A. Baulin, Penza Institute of Advanced Medical Training.

ORCID 0000-0003-2435-9555; voviku1984@mail.ru

Author's contribution: clinical data analysis.

Olga A. Baulina

Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Surgery and Endoscopy named after Professor N.A. Baulin, Penza Institute of Advanced Medical Training.

ORCID 0000-0002-7150-050X; olga.kosenko@mail.ru

Author's contribution: preparation of conclusions and conclusions.

Dar'ya A. Companeytseva

A student of the Medical Institute, Penza State University; a nurse at the Clinical Hospital No. 6 named after G.A. Zakharin.

ORCID 0009-0009-3983-2916; dashakompan01@mail.ru

Author's contribution: clinical data analysis.