

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Коллектив авторов, 2016

УДК 616.37-002-036.1-089

КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

*С.В. Тарасенко, Т.С. Рахмаев, О.Д. Песков, А.А. Копейкин, О.В. Зайцев, С.Н. Соколова,
И.В. Баконина, А.А. Натальский, А.Ю. Богомолов, О.А. Кадыкова*

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, г. Рязань

Представлен анализ наиболее распространённых классификаций хронического панкреатита (ХП) и результатов ретроспективного распределения в них 120 пациентов. Выполнен обзор основных актуальных классификаций хронического панкреатита. Представлена собственная классификация. Авторы приходят к выводу, что объём хирургического пособия в большинстве случаев определяется морфологическими изменениями в поджелудочной железе (ПЖ). Среди них важнейшими являются – поражение паренхимы ПЖ (критерий «П»), наличие крупных полостных образований (критерий «К») и расширение Вирсунгова протока (критерий «Г»). Наличие подобной морфологии является показанием для перевода больного в хирургическое отделение. Её оценка в совокупности с клинической картиной определяют целесообразность операции. Локализация и сочетание морфологических изменений позволяют выбрать способ оперативного лечения. Наличие положительного критерия «П» (поражение паренхимы) в сочетании с постоянным или рецидивирующим болевым синдромом требует выполнения резекционного вмешательства на головке ПЖ. Наличие крупной экстрапанкреатической кисты предполагает по нашему мнению предварительное минимальноинвазивное лечение с последующей оценкой состояния паренхимы и выраженности клиники панкреатита. Расширение главного панкреатического протока – критерий «Г» подразумевает необходимость широкого вскрытия протока во время резекции ПЖ.

Итак, выбор хирургического пособия в конкретной клинической ситуации зависит от многих причин, но в большинстве случаев, объём операции определяется морфологическими изменениями в поджелудочной железе. Именно поэтому мы решили сформулировать данную классификацию, основанную на морфологических критериях. Эффективность данной схемы подтверждает анализ отдалённых результатов хирургического лечения больных с ХП.

Ключевые слова: хронический панкреатит, классификация, хирургическая тактика.

В настоящее время разработано более ста классификаций хронического панкреатита (ХП), из которых наиболее популярны около сорока. Единой общепринятой классификации нет, что значительно затрудняет сопоставление клинического материала и результатов лечения у разных авторов. Терапевты и гастроэнтерологи пользуются одними классификациями, а хирурги – другими. В связи с этим

складывается ощущение, что мы лечим разных больных, разное заболевание и нередко имеем разное понимание сути патологического процесса у больного. У пациента на протяжении жизни возможно изменение характера течения заболевания, переход одной клинико-морфологической формы заболевания в другую, развитие осложнений и на разных этапах помощь человеку оказывают врачи разной специ-

альности – хирурги или гастроэнтерологи. Отсутствие единого понимания патологического процесса не позволяет добиться удовлетворительных результатов лечения в целом. На наш взгляд проблема ХП комплексная и, возможность, её решения кроется в стандартизации подходов в диагностике и лечении, чётком определении показаний для оперативного лечения, развитии преемственности ведения больных между гастроэнтерологами и хирургами. Очевидно, что необходимо выработать единые критерии систематизации ХП для терапевтов и хирургов, которые охватывали бы большинство пациентов с данной патологией, при этом классификация оставалась простой, удобной и доступной в практической деятельности.

Первая серьезная попытка классифицировать ХП – Международный симпозиум по панкреатиту в Марселе, 1963 г., классификация в дальнейшем пересматривалась в 1983, 1989 гг. и окончательный вид приняла в 1998 г. в виде т.н. «уточнённой Марсельско-Римской» классификации. В ней выделяют острый панкреатит (легкая и тяжелая форма) и хронический: калькулёзный (алкогольный, тропический, идиопатический, кистозный, гиперкальциемический, гиперлипидпротеинемический), обструктивный, воспалительный, аутоиммунный, асимптоматический. Данная классификация основана на этиопатогенезе и морфологии панкреатита, она наиболее распространена в Европе [1, 8, 9].

В 1984 и 1986 гг. Б.М. Даценко и А.П. Мартыненко после анализа большого числа классификаций предложили собственную систематизацию, основанную на изучении протоковой системы поджелудочной железы (ультразвуковым, томографическом, эндоскопическом, ангиографическом): паренхиматозный, протоковый и папилодуоденпанкреатит [2]. Эта классификация удобна с точки зрения хирурга, т.к. позволяет определиться с тактикой оперативного лечения больного, но для определения формы заболевания требует комплексного обследования больного в условиях специализированного стационара.

В среде гастроэнтерологов наиболее часто употребляется классификация В.Т. Ивашкина и соавт., которая была предложена на 4-Всесоюзном съезде гастроэнтерологов [1]. Данная классификация весьма ёмкая и предполагает деление панкреатита по этиологии, морфологии, клиническим проявлениям, характеру течения и осложнениям. К сожалению, с точки зрения хирурга эта систематизация не позволяет определиться с хирургической тактикой, кроме того, наш собственный опыт свидетельствует о том, что сопоставить операционную картину панкреатита с описанием морфологических форм прилагаемых к классификации зачастую невозможно. В данной классификации описание псевдотуморозной, индуративной и кистозной формы панкреатита существенно отличается от подобных форм в наиболее обстоятельной хирургической классификации А.А. Шалимова (1997). Именно эти разновидности ХП наиболее часто требуют хирургического лечения в связи с развитием осложнений. В связи с этим возникают закономерные вопросы – объективно и вовремя ли мы ставим показания для хирургического лечения? Что считать осложнением ХП?

Наиболее доступной и удобной как для хирургов, так и для терапевтов, является клиничко-функциональная классификация разработанная М. Buchler и Р. Malfersteiner в 1999 г. [5].

А – болевой синдром, повторные приступы или острый панкреатит в анамнезе, нет осложнений панкреатита, стеатореи и диабета.

В – болевой синдром, есть осложнения панкреатита, но нет нарушения функции ПЖ (стеатореи и диабета).

С – болевой синдром, есть осложнения ХП или без них, но при наличии нарушений функции ПЖ (стеаторея, диабет).

С1 – стеаторея или диабет; С2 – стеаторея и диабет; С3 – стеаторея или диабет и осложнения ХП

Осложнения ХП: калькулёз, кальциноз, желтуха, дуоденостаз, расширение Вирсунгова протока, кисты, свищи, спленомегалия, регионарная портальная гипертензия, асцит.

При типе «А» рекомендуется консервативная терапия, а при стойком болевом синдроме – операция на нервной системе. При типах «В» и «С» рекомендуются прямые дренирующие и резекционные вмешательства на ПЖ.

Но данная классификация полностью отказывается от учёта морфологии заболевания, оценка которой напрямую влияет на показания к операции и выбор хирургического вмешательства.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением с 2005 г. по 2011 г. находилось 120 пациентов, которым в клинике госпитальной хирургии РязГМУ были выполнены различные оперативные вмешательства по поводу ХП. Из них 86 (71,7%) мужчины. Самому молодому пациенту на момент операции было 20 лет, самому пожилому 86 лет, средний возраст

50,7±1,24 лет. Оценивая результаты хирургического лечения больных, мы столкнулись с проблемой выбора классификации данной патологии. После анализа литературы и практического применения классификаций считаем, что только использование нескольких из известных схем даёт наиболее полную информацию о характере заболевания у пациента.

Приводим результаты ретроспективного распределения больных в классификациях (табл. 1): клиничко-функциональной (М. Buchler, P. Malferstheiner, 1999), терапевтической (А.И. Хазанов, 1997 – является частью классификации В.Т. Ивашкина и соавт., 1990), хирургической (А.А. Шалимов, 1997) и этиопатогенетической классификации (М.И. Кузин, М.В. Данилов, Д.Ф. Благовидов, 1985).

Таблица 1

Распределение больных по классификациям

Терапевтическая (Хазанов А.И., 1997)	Хирургическая (Шалимов А.А., 1997)	Этиопатогенетическая (Кузин М.И., Данилов М.В., Благовидов Д.Ф., 1985)	Клиничко-функциональная (Buchler M., Malferstheiner P., 1999)
Подострый-33 Рецидивирующий-6 Индуративный-19 Кистозный-14 Псевдотуморозный-48	Фиброзный без нарушения проходимости протоков-2 Фиброзный с нарушением проходимости протоков-5 Фиброзно-дегенеративный 1.Калькулёзный-3 2.Псевдотуморозный-42 3.Фиброзно-кистозный-58 4.Фиброзно-дегенеративный- 10	Первичный: Нарушение диеты-7 Алкоголь -66 Обменный-0 Неизвестный-20 Посттравматический: -5 Вторичный: Холангиогенный-15 Болезни ЖКТ-5 Сосудистый-0 Эндокринопатии-0 Прочие причины-2	А- 4 В-83 С1-0 С2-0 С3-33

Результаты и их обсуждение

В классификации А.И. Хазанова, (1997) распределение больных достаточно равномерное среди всех форм, в связи, с чем остаются непонятны причины, заставляющие прибегать к хирургическому лечению, что является показанием для операции? В данной классификации трудно найти место постнекротическим кистам поджелудочной железы, осложняющим течение ХП (кистозная форма подразумевает наличие мелких интрапанкреатических кист). С нашей точки зрения, отнесение больного к какой-либо форме заболевания носило весьма условный

характер. Выделение больных с подострой и рецидивирующей формой заболевания больше основано на клинике, а кистозной, псевдотуморозной и индуративной на морфологии получаемой при предоперационном и интраоперационном исследовании ПЖ. Мы наблюдали больного с 5-летним анамнезом ХП, который весь период нашего наблюдения (около 2-х лет) оставался в группе С3 по классификации М. Buchler, P. Malferstheiner, (1999), при этом в клинической картине у него сменилось 3 формы заболевания – псевдотуморозный, кистозный и индуративный ХП.

Из распределения больных в классификации А.А. Шалимова следует, что хирургическому лечению подвергались больные с наиболее тяжёлыми формами ХП, характеризующиеся максимальными морфологическими изменениями в поджелудочной железе. При этом необходимо отметить, что число больных с фиброзно-кистозной, псевдотуморозной и фиброзно-дегенеративной формой заболевания не совпало с подобными формами в классификации А.И. Хазанова (фиброзно-дегенеративная форма ассоциируется с индуративной формой), что связано с различиями в описании морфологических изменений. Вызывает сомнение целесообразность самостоятельного выделения калькулёзной формы ХП, т.к. калькулёз, на наш взгляд, может встречаться при любой форме фиброзно-дегенеративного панкреатита.

Этиопатогенетическая классификация М.И. Кузина, М.В. Данилова, Д.Ф. Благовидова (1985) очень удобна для характеристики групп больных с ХП. Выделение трёх больших форм (первичный, посттравматический и вторичный) позволяет классифицировать все случаи заболевания. При этом в большой группе больных (20 человек), этиологию заболевания установить не удалось, поэтому введение в практическую деятельность более подробных этиологических классификаций не целесообразно. В целом этиологические классификации не оказывают значительного влияния на выбор лечебной тактики.

Распределение больных в классификации М. Buchler, P. Malferstheiner, (1999) не вызвало затруднений и показало, что хирургическое лечение у пациентов применялось в подавляющем большинстве случаев при осложнённых формах ХП. Четверо больных класса А были подвергнуты хирургическому лечению в связи с невозможностью исключить рак поджелудочной железы (2 – диагностические лапаротомии, 1 дистальная резекция и 1 ПДР). У больных класса В и С3 выполнялись прямые (дренирующие и резекционные) вмешательства и операции на окружающих поджелудочную железу органах, что согласуется с концепцией авторов классифи-

кации. Поэтому данную систематизацию считаем наиболее удобной. К сожалению, данная классификация при всех своих достоинствах не вполне позволяет определиться с объёмом патологических изменений в поджелудочной железе и решить, какой же метод оперативного лечения использовать у конкретного больного?

В настоящее время у большинства хирургов нет сомнений, что повлиять на течение и прогноз ХП можно, лишь используя набор прямых вмешательств на ПЖ. Данные литературы и наш опыт хирургического лечения больных с ХП свидетельствуют, что выбор хирургического пособия в конкретной клинической ситуации зависит от многих причин, но в большинстве случаев, объём операции определяется морфологическими изменениями в поджелудочной железе [7]. Среди них важнейшими являются – наличие поражения паренхимы ПЖ (сочетание некроза, фиброза, атрофии, кальциноза, мелких ретенционных и интрапаренхиматозных постнекротических кист – критерий «П»), крупных полостных образований (часто расположенных экстрапанкреатически, имеющих связь с протоковой системой поджелудочной железы и без неё – критерий «К») и расширение Вирсунгова протока (являющееся выражением протоковой гипертензии – критерий «Г»). Среди клинических проявлений ХП, влияющих на хирургическую тактику, можно выделить болевой синдром и осложнения, такие как механическая желтуха, явления печеночной недостаточности [4], дуоденальный стаз, портальная гипертензия и геморрагические осложнения (псевдоаневризмы).

Выше указанная симптоматика является показанием для перевода больного в хирургическое отделение; а её оценка в совокупности с клинической картиной (выраженность болевого синдрома и наличие осложнений) определяют целесообразность операции; локализация и сочетание морфологических изменений направляют в выборе способа оперативного лечения.

Считаем целесообразным использовать в клинической практике совместно с классификацией М. Buchler, P. Malfers-

theiner (1999) морфологическую систематизацию, основанную на выделении трех морфологических критериев – «П» (изменения паренхимы), «К» (наличие полостного образования) и «Г» (протоковая гипертензия) и двух клинических – выраженность болевого синдрома и наличие осложнений (табл. 1).

Критерий «П» – поражение паренхимы считаем основным, именно он определяет форму ХП.

При распределении 121 пациента оперированных в клинике за 7 летний период по критерию «П» (табл. 2) оказалось, что изолированное срединное или дистальное поражение ПЖ встречается редко, преимущественно отмечено поражение головки или диффузный панкреатит (88 пациентов, 72,7%). Данный факт хорошо согласуется с современной концепцией ХП, где головку ПЖ называют «пейсмейкером» ХП [5].

Таблица 2

Классификационные критерии хронического панкреатита

Критерий	Варианты
«П» - поражение паренхимы ПЖ (сочетание некроза, фиброза, атрофии, кальциноза, мелких ретенционных и интрапаренхиматозных постнекротических кист)	<ul style="list-style-type: none"> • П1 – изолированное поражение головки ПЖ; • П1,2 – преимущественное поражение головки и тела; • П2 – поражение тела ПЖ; • П3 – изолированное поражение хвоста железы • П2,3 – поражение хвоста и тела ПЖ; • П1,2,3 – тотальное поражение ПЖ; • П0 – нет явных признаков поражения паренхимы железы
«К» – крупные полостные образования (экстрапанкреатические кисты и интрапанкреатические кисты диаметром больше 6 см, имеющих связь с протоковой системой поджелудочной железы и без неё)	<ul style="list-style-type: none"> • К0 – нет полостного образования; • К1 – полостное образование в проекции головки; • К2 – в проекции тела; • К3 – в проекции хвоста; • К1,2 – в проекции головки и тела; • К1,2,3 – гигантская киста.
«Г» – расширение главного панкреатического протока (ГПП)	<ul style="list-style-type: none"> • Г1 – ГПП расширен; • Г0 – ГПП до 3мм или не определяется
«Б» – болевой синдром	<ul style="list-style-type: none"> • Б0 – безболевого форма; • Б1 – очень слабая боль; • Б2 – слабая боль; • Б3 – умеренная боль; • Б4 – сильная боль; • Б5 – очень сильная боль
«О» – осложнения хронического панкреатита	<ul style="list-style-type: none"> • Осложнений нет; • Механическая желтуха; • Нарушение проходимости верхних отделов ЖКТ; • Сегментарная портальная гипертензия; • Геморрагические осложнения

Наличие положительного критерия «П» (поражение паренхимы) в сочетании с постоянным или рецидивирующим болевым синдромом требует выполнения

резекционного вмешательства на головке ПЖ. Наличие крупной экстрапанкреатической кисты предполагает по нашему мнению предварительное минимальноин-

вазивное лечение (пункционно-катетерное или эндоскопическое) с последующей оценкой состояния паренхимы и выраженности клиники панкреатита. Расшире-

ние главного панкреатического протока – критерий «Г» подразумевает необходимость широкого вскрытия протока во время резекции ПЖ.

Таблица 3

Распределение пациентов по поражению паренхимы

Критерий «П» (локализация поражения паренхимы)	Классификация Р. Mallet-Guy, 1960 г.	Число больных (всего 121)	Преобладающая этиология
П0	-	30 (24,8%)	Алкоголь
П1	Проксимальный панкреатит или псевдотуморозный (головка и тело)	54 (44,6%)	Алкоголь и билиарная патология
П12		9 (7,4%)	Алкоголь и билиарная патология
П2	Парамедианный (тело)	1 (0,8%)	неизвестна
П3	Дистальный или хвостовой (хвост и тело)	4 (3,3%)	Травма
П123	Диффузный	23 (19%)	алкоголь

Заключение

Несмотря на определённую условность предлагаемых критериев: поражение паренхимы поджелудочной железы (критерий «П»), наличие крупных полостных образований (критерий «К») и расширение Вирсунгова протока (критерий «Г»), их выявление возможно на дооперационном этапе с помощью доступных методов исследования (ультразвуковое исследование, компьютерная томография, вирсунгография) и подтверждение во время операции. Эффективность рекомендуемой схемы подтверждает анализ отдалённых результатов хирургического лечения больных с хроническим панкреатитом – несоблюдение описанных тактических принципов ведёт к неудовлетворительным результатам лечения.

Литература

1. Буриев И.М., Цвиркун В.В., Глабай В.П., Кочатков А.В. Классификация хронического панкреатита // Аналлы хир. гепатологии. – 2005. – Т. 10, № 3. – С. 67-79.
2. Даценко Б.М., Мартыненко А.П. Классификация хронического панкреатита // Хирургия. – 1984. – № 2. –

С. 101-103.

3. Кузин М.И., Данилов М.В., Благовидов Д.Ф. Хронический панкреатит. – М.: Медицина, 1985. – 368 с.
4. Натальский А.А., Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Песков О.Д. Современные представления о печеночной недостаточности в хирургии // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2014. – №4. – С. 138-147.
5. Политов С.Я., Балныков С.И., Колотушкин И.А., Троханов М.Ю. Прогноз объема некроза поджелудочной железы в ранние сроки развития деструктивного панкреатита // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2014. – №4. – С. 114-120.
6. Хазанов А.И. Хронический панкреатит. Новое в этиологии, патогенезе, диагностике. Современная классификации // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. – № 1. – С. 56-62.
7. Buchler M.W., Malferstheiner P. Pancreatitis. Novel concepts in biology and therapy. – Berlin; Viena: Blackwell Wissen-Schafts-Verlag, 1999. – 548 p.

8. Sarner M., Cotton P.B. Classification of pancreatitis // Gut. – 1984. – Vol. 25. – P. 756-759.
9. Sarles H. Definition and classification pancreatitis // Pancreas. – 1991. – Vol. 6. – P. 470-474.

CLASSIFICATION CRITERIA OF CHRONIC PANCREATITIS

S.V. Tarasenko, T.S. Rakhmaev, O.D. Peskov, A.A. Kopeikin, O.V. Zaytsev, S.N. Sokolova, I.V. Bakonina, A.A. Natalskiy, A.Y. Bogomolov, O.A. Kadykova

This is the analysis of the most widespread classification of chronic pancreatitis and the results of retrospective distribution of 120 patients. In our article the review of the main actual classifications of chronic pancreatitis is executed. Our own classification is presented. The authors suppose that the volume of the surgical intervention in most cases is determined by morphological alterations in the pancreas. The most important changes are affections of pancreas parenchyma (criterion "P"), large cavities (criterion "C"), and widening of Wirsung's duct (criterion "H"). Such kind of morphology is evidence for transferring a patient to a surgical department. Its assessment together with clinical signs determines expediency of operation. The method of surgical treatment depends on the localization and the combination of morphological changes.

Existence of the positive criterion "P" in combination with a constant or recidivous pain syndrome demands performance of a resection of a head of a pancreas. Existence of a large extrapancreatic cyst assumes preliminary mini-invasive treatment with the subsequent assessment of a condition of a parenchyma and expressiveness of clinic of pancreatitis. Expansion of the main pancreatic duct – the criterion of "H" refers to the need for wide opening duct during resection of the pancreas.

So, the choice of surgical technique in a particular clinical situation depends on many factors, but in most cases, the amount of operation is determined by morphological changes in the pancreas. We created the classification considering morphological criteria. Efficiency of this scheme confirms the analysis of the remote results of surgical treatment of patients with chronic pancreatitis.

Keywords: chronic pancreatitis, classification, surgical tactics.

Тарасенко С.В. – д.м.н., проф., зав. кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

E-mail: omen@mail.ryazan.ru

Рахмаев Т.С. – ассист. кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

E-mail: rakmaev@yandex.ru

Песков О.Д. – к.м.н., доц. кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

E-mail: Peskov_Oleg_Dmit@mail.ru

Копейкин А.А. – к.м.н., ассист. кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

E-mail: akopeikin@yandex.ru

Соколова С.Н. – к.м.н., доц. кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России. E-mail: gevuryan@yandex.ru

Баконина И.В. – ассист. кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

E-mail: bakonina.irina@yandex.ru

Натальский А.А. – к.м.н., ассист. кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

E-mail: lorey1983@mail.ru

Зайцев О.В. – д.м.н., доц. кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.