

© Коллектив авторов, 2008
УДК 616.37-002.2-07-089

С.В.Тарасенко, Т.С.Рахмаев, О.Д.Песков, А.А.Копейкин,
О.В.Зайцев, С.Н.Соколова

АНАЛИЗ КЛАССИФИКАЦИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И КРИТЕРИИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ТАКТИКУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. С.В.Тарасенко) ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад И.П.Павлова Росздрава», Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Рязань

Ключевые слова: хронический панкреатит, классификация, хирургическая тактика.

«Человечество избавилось бы от половины своих заблуждений, если бы правильно употребляло термины».

Р.Декарт

Введение. В настоящее время разработаны 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. Кроме того, у одного больного 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 специальности — хирурги или гастроэнтерологи, но отсутствие единого понимания патологического процесса не позволяет добиться удовлетворительных результатов лечения в целом. На наш взгляд, проблема ХП комплексная и, возможно, её решение кроется в стандартизации подходов в диагностике и лечении, чётком определении показаний для оперативного лечения, развитии преемственности ведения больных между гастроэнтерологами и хирургами (включая ведение больных в послеоперационном периоде после выписки из хирургического стационара). Очевидно, необходимо повсеместное внедрение единой для терапевтов и хирургов классификации ХП, которая охватывала бы большинство боль-

ных с данной патологией, при этом оставалась простой, удобной и доступной в практической деятельности.

Первая серьезная попытка классифицировать ХП была сделана на Международном симпозиуме по панкреатиту в Марселе (1963 г.). Классификация в дальнейшем пересматривалась в 1983 г., 1989 г. и окончательный вид приняла в 1998 г. в виде так называемой «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, 6, 7].

В 1984 и 1986 гг. Б.М.Даценко и А.П.Мартыненко [2] после анализа большого числа классификаций предложили собственную систематизацию, основанную на изучении протоковой системы поджелудочной железы (ультразвуковым, томографическим, эндоскопическим, ангиографическим): паренхиматозный, протоковый и папиллодуоденопанкреатит. Эта классификация удобна с точки зрения хирурга, так как 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-м Все-союзном 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), но 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?

На последнем, 7-м съезде Научного общества гастроэнтерологов России произошло совместное обсуждение проблемы классификации ХП терапевтами и хирургами, целью которой была разработка проекта упрощённой классификации ХП, позволяющей врачу общей практики, на основании доступных методов исследования, выбрать наиболее оптимальный вариант лечения больных в условиях поликлиники, терапевтического или хирургического стационара. На наш взгляд, наиболее соответствующей поставленным целям из представленных была *клинико-функциональная классификация*, разработанная М.Buchler и P.Malferstheiner 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 протока поджелудочной железы (ПЖ), 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.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением с 1999 по 2006 г. находились 120 пациентов, которым в клинике госпитальной хирургии РязГМУ были выполнены различные оперативные вмешательства по поводу ХП. Из них 86 (71,7%) мужчин. Самому молодому пациенту на момент операции было 20 лет, самому пожилому — 86 лет, средний возраст — $(50,7 \pm 1,24)$ года. 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 по классификациям (табл. 1): клинико-функциональной [5], терапевтической [4], которая является частью

Таблица 1

Распределение больных по классификациям

Терапевтическая [4]	Хирургическая [Шалимов А.А., 1997]	Этиопатогенетическая [3]	Клинико-функциональная [5]
Подострый — 33	Фиброзный без нарушения проходимости протоков — 2	Первичный:	А-4
Рецидивирующий — 6	Фиброзный с нарушением проходимости протоков — 5	нарушение диеты — 7	
Индуративный — 19	Фиброзно-дегенеративный:	алкоголь — 66	В-83
Кистозный — 14	калькулёзный — 3	обменный — 0	
Псевдотуморозный — 48	псевдотуморозный — 42	неизвестный — 20	С1-0
	фиброзно-кистозный — 58	Посттравматический — 5	С2-0
	фиброзно-дегенеративный — 10	Вторичный:	
	:	холангиогенный — 15	С3-33
		болезни ЖКТ — 5	
		сосудистый — 0	
		Эндокринопатии — 0	
		Прочие причины — 2	

классификации В.Т.Ивашкина и соавт. (1990), хирургической [Шалимов А.А., 1997] и этиопатогенетической классификации [3].

Результаты и обсуждение. В классификации А.И.Хазанова [4] 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 ПЖ, 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 по результатам клиники, а кистозной, псевдотуморозной и индуративной — по данным морфологии, получаемой при предоперационном и интраоперационном исследовании ПЖ. Мы наблюдали больного с 5-летним анамнезом ХП, который весь период нашего наблюдения (около 2 лет) оставался в группе С3 по классификации М.Вучлер, Р.Мальферштейнер [5], при этой клинической картине у него сменились 3 формы заболевания — псевдотуморозная, кистозная и индуративная.

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, так как калькулёз, на наш взгляд, может встречаться при любой форме фиброзно-дегенеративного панкреатита.

Этиопатогенетическая классификация М.И.Кузина и соавт. [3] очень удобна для характеристики групп больных с ХП. Выделение трёх больших форм (первичный, посттравматический и вторичный ХП) 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 на основе классификации М.Вучлер, Р.Мальферштейнер [5] 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 ПЖ (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 ПЖ органах, что согласуется с концепцией авторов классификации. Поэтому данную систематизацию считаем наиболее удобной. К сожалению, данная классификация при всех своих достоинствах не вполне позволяет определиться с объёмом патологических изменений в ПЖ 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 ПЖ. 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 ПЖ и без неё — критерий К) и расширение протока ПЖ (являющееся выражением протоковой гипертензии — критерий Г). Наличие подобной морфологии является показанием для перевода больного в хирургическое отделение; а её оценка в совокупности с клинической картиной определяют целесообразность операции; локализация и сочетание морфологических изменений позволяют выбрать способ оперативного лечения.

Считаем целесообразным использовать в клинической практике совместно с классификацией М.Вучлер, Р.Мальферштейнер [5] морфологическую систематизацию, основанную на выделении трех указанных выше критериев — П (изменения паренхимы), К (наличие полостного образования) и Г (протоковая гипертензия):

П0 — нет явных изменений паренхимы ПЖ;

П1 — преимущественное поражение головки ПЖ;

П2 — поражение тела ПЖ;
П3 — поражение хвоста ПЖ;
П1,2 — поражение головки и тела ПЖ;
П1,2,3 — тотальное поражение ПЖ;
К0 — нет полостных образований;
К1 — полостное образование присутствует;
Г0 — проток ПЖ узкий (признаков гипертензии нет);
Г1 — проток ПЖ расширен.

Критерий П — требует резекционного вмешательства.

Критерии К и Г — дренирования кист и протоковой системы.

Сочетание трех критериев — комбинированное вмешательство.

Таким образом, у каждого больного определяем три указанных критерия, на основании чего выбираем необходимый объем оперативного вмешательства. Например, больному с критериями П1К0Г0 (при наличии клинических проявлений ХП и его осложнений, исключении рака головки ПЖ) показано вмешательство на головке ПЖ, идеальным вариантом которого будет изолированная её резекция. При критериях П1К0Г1 (панкреатит с преимущественным поражением головки ПЖ) резекцию головки необходимо сочетать с внутренним дренированием протоковой системы (операции Frey, интрапаренхиматозная резекция). В случае П0К0Г1 после исключения патологии большого дуоденального соска необходимо выполнить широкий продольный панкреатоеюноанастомоз. П3К0Г0 — дистальная резекция, П3К0Г1 — дистальная резекция с продольным панкреатоеюноанастомозом. П0К1Г0 — в зависимости от сформированности стенки полостного образования и наличия осложнений (нагноение, кровотечение, перфорация стенки кисты) выбираем наружное или внутреннее дренирование кисты, при дистальной и проксимальной локализации решаем вопрос о возможности и целесообразности резекции ПЖ вместе с кистой. Варианты К1 при наличии положительных критериев П и (или) Г объясняют неудачные отдаленные результаты изолированного дренирования кист (рецидив кисты, сохранение картины рецидивирующего ХП). Вариант П1,2,3К0Г0 (возможный синоним — индуративный ХП) заставляет ограничиться консервативной терапией, при наличии выраженной клинической картины решается воп-

рос о вмешательстве на нервных проводниках, субтотальной или тотальной панкреатэктомии.

Несмотря на определённую условность этих критериев, их выявление возможно на дооперационном этапе с помощью доступных методов исследования (ультразвуковое исследование, компьютерная томография, дуктография) и подтверждение во время операции. Эффективность данной схемы подтверждает анализ отдалённых результатов хирургического лечения больных с ХП — несоблюдение описанных выше тактических принципов ведёт к неудовлетворительным результатам.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Буриев И.М. Классификация хронического панкреатита // *Анналы хир. гепатологии*. — 2005. — № 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. Хазанов А.И. Хронический панкреатит. Новое в этиологии, патогенезе, диагностике. Современная классификация // *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* — 1997. — № 1. — С. 57–59.
5. Buchler M.W., Malferstheiner P. Pancreatitis. Novel concepts in biology and therapy. — Berlin; Viena: Blackwell Wissen-Schafts-Verlag, 1999. — 548 p.
6. Sarles H. Definition and classification of pancreatitis // *Pancreas*. — 1991. — Vol. 6. — P. 470–474.
7. Sarner M., Cotton P.B. Classification of pancreatitis // *Gut*. — 1984. — Vol. 25. — P. 756–759.

Поступила в редакцию 15.06.2007 г.

S.V.Tarasenko, T.S.Rakhmaev, O.D.Peskov,
A.A.Kopejkin, O.V.Zajtsev, S.N.Sokolova

ANALYSIS OF CLASSIFICATIONS OF CHRONIC PANCREATITIS AND CRITERIA DETERMINING THE STRATEGY OF SURGICAL TREATMENT

The authors made an analysis of most widespread classifications of chronic pancreatitis and results of the retrospective distribution of 120 patients in them. A conclusion is made that the volume of surgical interventions in most cases is determined by morphological alterations in the pancreas. The most important of them are thought to be changed pancreas parenchyma (criterion «P»), large cavities (criterion «C») and dilatation of Wirsung's duct (criterion «H»). Such morphology is an indication for transferring the patient to the surgical department. The clinical picture and morphological analysis determine expediency of surgery. The method of surgical treatment depends on the localization and combination of morphological alterations.