

В.А. Бахтин, В.А. Янченко, В.С. Прокопьев  
**К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА**

*Кировская государственная медицинская академия, кафедра госпитальной хирургии*

*«Все наши классификации и критерии более или менее условны и имеют значение только для данного времени.»*

И.П. Павлов

Несмотря на то, что хронический панкреатит (ХП) является одной из актуальных проблем современной абдоминальной хирургии, до сих пор нет четкого общепринятого его определения и как следствие единой его классификации.

Вариабельность клиники и не выясненные до конца механизмы патогенеза ХП обусловили появ-

В последующем более углубленное изучение этиопатогенеза хронического калькулезного панкреатита позволило выделить еще ряд его разновидностей: алкогольный, тропический, идиопатический,

Во «Второй Марсельской» классификации хронического панкреатита (Гуг К., 1984 г.) (табл. 2) была предпринята попытка систематизации новых сведений о его патогенезе. Выделение специальной формы **хронического обструктивного панкреатита** было связано с выявлением стриктур проксимальных отделов главного панкреатического протока (ГПП) и выраженным фиброзом ацинарной паренхимы, что определяло патогенез этой формы воспаления поджелудочной железы. При этом считалось, что после ликвидации обструкции протоков функция ПЖ может восстановиться

Таблица 1

**«Первая Марсельская» классификация (Sarles H., 1963 г.)**

Острый	Хронический
Острый рецидивирующий	Хронический рецидивирующий

Данная классификация подразумевает, что при приступе острого панкреатита развившиеся морфологические признаки воспаления претерпевали полное обратное развитие, а при хроническом они сохранялись или прогрессировали. Чуть позже появилось и первое общепринятое определение ХП: длительное воспалительное заболевание поджелудочной железы (ПЖ), характеризующееся необратимыми морфологическими изменениями и обычно проявляющееся болью и/или постепенным снижением функции (H. Sarles, 1965).

«Марсельско-Римской» классификации панкреатита (табл. 3), где калькулезный и обструктивный панкреатит был переведен в подвиды ХП с выделением новой формы – хронический воспалительный панкреатит. Эта последняя разновидность имела свою морфологическую характеристику, связанную с поражением экзокринной паренхимы и заменой ее фиброзной тканью, сочетающейся с инфильтрацией моноядерными клетками

Таблица 2

**«Вторая Марсельская» классификация ХП (Gug K., 1984 г.)**

Острый панкреатит	Легкая форма Тяжелая форма
Хронический панкреатит	Калькулезный Обструктивный

По мере накопления новых данных о морфологии панкреатита возникла необходимость в уточнении «Первой Марсельской» классификации. В 1988 г. появилось новое определение ХП **как заболевания, характеризующегося хроническим воспалительным повреждением ткани ПЖ с деструкцией экзокринной и эндокринной паренхимы, ее атрофией и фиброзом** (Sarles H. et al., 1989). Вышеуказанное определение нашло отражение в создании новой

кистозный, гиперкальциемический и гиперлипид-протеинемический. В этой связи «уточненная Марсельско-Римская» классификация (Singer M., 1998 г.) сегодня выглядит следующим образом (табл. 4).

Таблица 3

**«Марсельско-Римская» классификация ХП (Sarles H. et al., 1989 г.)**

Острый	
Хронический	Калькулезный Обтурационный Воспалительный

Таблица 4

**«Уточненная Марсельско-Римская» классификация (Singer M., 1998 г.)**

Острый	Легкая форма Тяжелая форма
Хронический	Калькулезный (алкогольный, тропический, идиопатический, кистозный, гиперкальциемический, гиперлипидпротеинемический) Обструктивный Воспалительный Аутоиммунный Асимптоматический

Помимо международных классификаций отечественными хирургами создавались свои классификации ХП, к примеру классификации Кузина М.И., Данилова М.В. и Благовидова Д.Ф. (1985 г.), Шелагурова А.А. (1970 г.), Хазанова А.И. (1997 г.). Очень

подробной и обстоятельной явилась классификация хронического панкреатита, разработанная Шалимовым А.А. (2000 г.). Наиболее часто в практике отечественной хирургии используется классификация Данилова М.В. (1995 г.) (табл. 5).

Таблица 5

**Классификация ХП, Данилов М.В. (1995 г.)**

Первичный ХП	Вторичный ХП
а) алкогольный, б) лекарственный (в т.ч. стероидный), в) травматический (в т.ч. послеоперационный), г) идиопатический.	а) холангиогенный (холедохолитиаз, стриктура холедоха, стеноз БСДК, папиллярный дивертикул); б) холецистогенный; в) при заболеваниях органов ЖКТ (язва желудка и ДПК с пенетрацией в ПЖЖ); г) дуоденостаз (органический, функциональный); д) кольцевидная поджелудочная железа; е) висцеральный ишемический синдром; ж) инфекционный (токсоплазмоз).

Отечественными гастроэнтерологами также было предложено большое число различных классификаций ХП, где подробно анализируются этиопатогенетические аспекты развития заболевания и клинические формы его течения. На 4-м Всесоюзном съезде гастроэнтерологов Ивашкиным В.Т. с соавт. (1990) была предложена другая систематизация панкреатита, которая до настоящего времени поддерживается Ассоциацией российских гастроэнтерологов, однако на практике крайне сложно сформулировать диагноз ХП с учетом всех пунктов этой классификации.

Зарубежными гастроэнтерологами была в свою очередь предложена универсальная «рискофакторная» классификация хронического панкреатита, вобравшая в себя все, что было известно о нем к концу XX века, названная в литературе как «TIGAR-O»-классификация, которая также не

получила должного признания из-за своей громоздкости.

В последней международной классификации болезней и причин смерти 10-го пересмотра (МКБ-10) представлен только основной набор патологических состояний (параграфы К86-К90), которые могут встречаться при хроническом панкреатите.

В сентябре 2000 года в г. Берне (Швейцария) Buchler и соавторы представили новую клинкофункциональную классификацию ХП (табл. 6). Новшеством ее явилось четкое определение лечебной тактики при том или ином типе ХП. При типе «А» рекомендуется консервативная терапия, а при стойком болевом синдроме – миниинвазивные вмешательства на нервном аппарате ПЖ (симпатосплянхнэктомия, алкоголизация, криодеструкция). При типе «В» и «С» – прямые дренирующие или резекционные вмешательства на железе.

## Классификация ХП, Buchler et al., (2002 г.)

Тип хронического панкреатита	Признаки
А	Болевой синдром, повторные приступы или острый панкреатит в анамнезе, нет осложнений панкреатита, стеатореи или диабета
В	Болевой синдром, есть осложнения панкреатита, нет нарушения функции поджелудочной железы
С	Болевой синдром, есть осложнения панкреатита, нарушение функции поджелудочной железы
С 1	Стеаторея или диабет
С 2	Стеаторея и диабет
С 3	Стеаторея и/или диабет и осложнения панкреатита*

\*осложнения хронического панкреатита: калькулез, кальциноз, желтуха, дуоденостаз, расширение главного панкреатического протока, кисты, свищи поджелудочной железы, спленомегалия, региональная портальная гипертензия, асцит.

Таким образом, представленные данные отражают сегодняшнее состояние проблемы хронического панкреатита и его классификаций. Все существующие классификации хронического панкреатита несовершенны или неудобны в практической деятельности, а их обилие порождает низкую приемственность диагноза, что важно для лечения больных.

На основании опыта лечения пациентов с ХП в Кировской ОКБ нами на правах проблемного и дискуссионного материала предложены определение и классификация хронического панкреатита.

Хронический панкреатит – это полиэтиологическая группа заболеваний поджелудочной железы, характеризующаяся гипертензией панкреатического бассейна и/или локальным или генерализованным дегенеративным перерождением паренхимы подже-

лудочной железы и парапанкреатических лимфоузлов, с прогрессирующим развитием недостаточности экзо- и эндокринной функции поджелудочной железы и болевого синдрома.

Исходя из данного определения нами разработана новая комбинированная классификация хронического панкреатита, непосредственно определяющая тактику лечения пациента, на основе классификации Buchler et al., 2002 г. В предложенной нами классификации для верификации диагноза используется преобладающий клинический признак – болевой синдром, в зависимости от типа, в сочетании с данными общераспространенных методов объективного исследования (УЗИ, КТ, Rh-графия, ЭРХПГ), что позволяет уточнить окончательный диагноз, не прибегая к инвазивным методам диагностики.

Тип хронического панкреатита	Клинические признаки	Объективные данные инструментальных методов исследования	Тактика лечения
Тип 1	Периодический болевой синдром гипертензионного типа, поддающийся консервативной терапии	Диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы	Консервативная терапия, миниинвазивные и эндоскопические оперативные вмешательства
Тип 2	Постоянный болевой синдром гипертензионного типа	Калькулез и кальциноз панкреатического бассейна и паренхимы поджелудочной железы, вирсунгэктазия	Дренирующие операции на поджелудочной железе
Тип 3	Постоянный или периодический болевой синдром неврогенного типа	Локальное право-, левостороннее и/или корпоральное дегенеративное перерождение паренхимы поджелудочной железы	Резекционные вмешательства на поджелудочной железе
Тип 4	Постоянный болевой синдром неврогенного типа с периодически присоединяющимся гипертензионным болевым синдромом	Калькулез и кальциноз панкреатического бассейна и паренхимы поджелудочной железы, вирсунгэктазия, кистозное поражение поджелудочной железы, локальное право-, левостороннее и/или корпоральное дегенеративное перерождение паренхимы поджелудочной железы	Комбинированные резекционно-дренирующие методы оперативного лечения, операция Veger, Frey, Pestow-2, Frey в модификации Гальперина
Тип 5 аутоиммунный ХП	Синдром аутоиммунной воспалительной реакции, сопутствующие аутоиммунные заболевания,	Иррегулярное сужение главного панкреатического протока	Консервативная терапия кортикостероидами

Наличие отдельной нозологической формы аутоиммунного хронического панкреатита на данный момент не вызывает сомнений. При работе над классификацией нами использовано следующее определение данного заболевания: аутоиммунный панкреатит – редкая и своеобразная форма хронического панкреатита, характеризующаяся определенными морфологическими изменениями, повышением иммуноглобулинов плазмы, частым сочетанием с другими аутоиммунными заболеваниями и возможностью эффективного консервативного лечения

включены нарушения экзо- и эндокринной функции поджелудочной железы в отличие от классификации Buchler et al., 2002 г., поскольку эти осложнения существенно не влияют на выбор первичной хирургической тактики.

Заключение. Главным положительным моментом предложенной классификации является простота верификации диагноза и возможность непосредственного определения тактики лечения больного хроническим панкреатитом на основании клинических признаков и данных общераспространенных методов объективного исследования: УЗИ, КТ, обзорной и контрастной Rh-графии, ЭРХПГ.

(Yoshida K. et al., 1995, Kawaguchi K. et al., 1991; Ectors N., Maillet B, et al., 1997; Sood S. et al., 1995; Kodama T., Abe M, Sato H et al. 2003; Wakabayashi T. et al., 2005).

Для верификации диагноза аутоиммунного хронического панкреатита были использованы критерии рекомендаций Japan Pancreatic Society и Asian Medical Centre от 2006 г., где приоритет отдается данным визуализации поджелудочной железы с помощью КТ и ЭРХПГ.

В данную классификацию нами намеренно не

### Литература

1. Буриев И.М., Цвиркун В.В., Глабай В.П., Кочатков А.П. Классификация хронического панкреатита. // *Анналы хирургической гепатологии: научно-практическое издание / Международ. обществ. организация "Ассоциация хирургов-гепатологов"*. – 2005. – Том 10, № 3. – С. 67–79.
2. Данилов М.В. Панкреатит: основные принципы диагностики и лечения. // *Русский медицинский журнал*. – 2008.
3. Симаненков В.И., Кнорринг Г.Ю. Возвращаясь к проблеме хронического панкреатита. // *Клин. мед.* 2001. № 10. С. 54–59.
4. Минушкин О.Н. Хронический панкреатит: некоторые аспекты патогенеза, диагностики и лечения. // *Consilium medicum*. 2002. № 1. С. 23–26.
5. Фаустов Л.А., Коротько Г.Г., Сычева Н.Л., Попова Е.В. Сосудистый компонент в патогенезе хронического панкреатита. // *Российск. журнал гастроэнтерол., гепатол.: матер. Восьмой Российск. гастроэнтерол. недели*. – М., 2002. – Прил. 17. – Т. 12, № 5. – С. 77.
6. Хазанов А.И. Современные проблемы острого и хронического панкреатита // *Рос. мед. вести*. – 2001. – Т. 6. – № 2. – С. 58-63.
7. Beger H.G. et al. / *The Pancreas* // Oxford et al.: Blackwell Science Ltd., 1998. – Vol. 1. – 885 p.
8. Buchler M.W., Kleeff J., Friess H., Korc M./ *Chronic pancreatitis: pathogenesis and molecular aspects*. // *Ann.Ital.Chir.* 2000. Vol.71(1), p. 310.
9. Buchler M.W., H. Friess, W. Uhl, P. Malfertheiner. /*Chronic Pancreatitis: Novel Concepts in Biology and Therapy* // Berlin; Wien: Wissenschafts-Verlag; A Blackwell Publishing Company, 2002. p. 614.
10. Horiuchi A, Kawa S, Akamatsu T, et al. / *Characteristic pancreatic duct appearance in autoimmune chronic pancreatitis: A case report and review of the Japanese literature*. // *Am J Gastroenterol.* 1998; Vol. 93, p. 260.
11. Nishimori I, Tamakoshi A, Otsuki MJ. *Prevalence of autoimmune pancreatitis in Japan from a nationwide survey in 2002*. // *Gastroenterol.* 2007 May; 42 p. 6–8.
12. Numata K, Ozawa Y, Kobayashi N, et al. *Contrast-enhanced sonography of autoimmune pancreatitis: comparison with pathologic findings*. // *J Ultrasound Med* 2004; Vol. 23, p. 199–206.
13. Taniguchi T, Seko S, Azuma K et al. *Autoimmune pancreatitis detected as a mass in the tail of the pancreas*. // *J Gastroenterol Hepatol.* 2000; Vol. 15, p. 461.