

еюнодуоденостомией по Ру или изолированным анастомозом. У 58 (58/112; 51,8%) пациентов (*группа сравнения*) применялись резекционные вмешательства: операция Фрея – у 34 (34/58; 58,6%), Бегера – у 14 (14/58; 24,1%), пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция – у 10 (10/58; 17,2%). Использовались и сопоставлялись классификации ХП А. А. Шалимова и соавт. (1997), TIGAR-O (2001), M-ANNHEIM (2007).

Результаты и обсуждение

По данным анализа, своевременное паренхимосохраняющее хирургическое вмешательство является залогом успешного продвижения в лечении ХП и во многом зависит от правильных показаний к операции.

Показания к хирургическому лечению больных ХП рассматривались с позиций хирургического видения проблемы, так как выраженный консерватизм, наблюдающийся в гастроэнтерологии, за редким исключением допускает возможность своевременного хирургического лечения. Вместе с тем неправильные показания и неадекватный выбор способа операции зачастую влекут за собой неэффективность, а порой и ухудшение состояния больного после хирургического лечения, усиливая скептицизм гастроэнтерологов.

Основываясь на тщательном анализе международных классификаций ХП, начиная от Марсельской (1963) и заканчивая самой современной и последней из них – М – ANNHEIM (2007), обращает внимание расплывчатый и неконкретный характер показаний к хирургическому лечению, характерный почти для всех классификаций. Практически – это свод пожеланий, необязательных для исполнения. Так, одна из последних современных классификаций М – ANNHEIM (2007) – при очень затратных и во многом дублирующих технологиях диагностического поиска сосредоточена и призвана, в основном, доказать следующее: есть ли признаки ХП у данного больного (?), а если есть, то предлагая путем оценочной системы в баллах, в которой перемешаны разноплановые критерии, определить некий суммарный индекс тяжести ХП. При этом индекс тяжести не является руководством к действию, а позиционируется как абстрактное состояние больного на данный момент с очень субъективными оценочными критериями.

По данным анализа, во всех классификациях одни и те же состояния трактуются без какой-либо привязки к главному патогенетическому феномену ХП – панкреатической протоковой гипертензии, практически всегда требующей хирургического подхода. Складывается впечатление, что чем больше дисциплин и их под-

разделов (молекулярная биология и генетика, морфология, лабораторная диагностика, визуализационные методы – УЗИ, ЭндоУЗИ, КТ, МРТ, ЭРХПГ, МРХПГ, гастроэнтеролог, эндоскопист, хирург) участвуют в определении и уточнении ХП, тем сложнее становится перспектива сбалансированного конкретного плана лечения, которое рискует быть в состоянии перманентной дискуссии.

В итоге, хирурги ориентируются на классификации, конкретизирующие проявления ХП и четко требующие оперативного вмешательства. В настоящее время одной из таких классификаций ХП является разработка академика А. А. Шалимова и соавт. (1997), признанная в Украине и СНГ. Ее главное достоинство – разделение стадий клинического течения ХП на основе протоковой гипертензии. Основываясь на этой классификации ХП, в данной работе бесспорным показанием к операции считались клинические проявления, относящиеся ко второму и третьему разделам (соответственно: фиброзный ХП с дилатацией протоков ПЖ и гипертензией панкреатического сока в них; фиброзно-дегенеративный панкреатит). Данная классификация для своего времени была высокоэффективным хирургическим приложением к пересмотренной Марсельско-Кембриджской классификации (1996), основанной на критериях визуализации.

Безусловно, за прошедшие 15 лет классификация академика А. А. Шалимова уточнялась и дополнялась, однако за ее пределами остаются этиологические факторы ХП. В то же время имеющиеся на данном этапе дискуссионные моменты касаются как раз выделения и уточнения этиологических и объективных анатомо-морфологических критериев, строго привязанных к функциональному статусу ПЖ (экзо-, эндокринная функции) и клиническим проявлениям. С учетом этого, любой этиологический вариант ХП с протоковой гипертензией (предлагаемая здесь концепция) должен потенциально относиться к «хирургическому» типу. На основе анализа, проведенного в данном исследовании, в дискуссионном плане предлагается следующее. К общепринятой международной классификации TIGAR-O (2001), основанной на исчерпывающей информации об этиологических аспектах ХП настоящего времени и пришедшей на смену Марсельско-Кембриджской классификации (1996 г.), необходимо к каждому ее этиологическому разделу добавить тезис: а) без протоковой гипертензии; б) с протоковой гипертензией (таблица). Именно такой подход изначально дисциплинирует врача и строго протокольно заставляет выполнить весь необходимый (скрининговый) объем диагностических методов для доказательства: есть или нет панкреатическая протоковая гипертензия.

Классификация TIGAR-O с дополнениями, определяющими направленность диагностического и лечебного процесса при ХП.

1. Токсико-метаболический ХП:

- алкоголь;
- курение;
- гиперкальциемия, гиперпаратиреоз;
- гиперлипидемия;
- хроническая почечная недостаточность;
- медикаменты;
- токсины;

А – без протоковой гипертензии

Б – с протоковой гипертензией

2. Идиопатический ХП:

- ранний идиопатический ХП;
- поздний идиопатический ХП;
- тропический ХП:
 - тропический кальцифицирующий;
 - фиброкалькулезный панкреатический диабет;
- другие;

А – без протоковой гипертензии

Б – с протоковой гипертензией

3. Наследственный ХП:

- аутосомно-доминантный тип: катионический трипсиноген (мутации кодонов 29 и 122);
- аутосомно-рецессивный тип / модификация генов:

- CFTR-мутации;
- SPINK 1-мутации;
- катионический трипсиноген (мутации кодонов 16, 22 и 23);
- недостаточность α -1 антитрипсина;

А – без протоковой гипертензии

Б – с протоковой гипертензией

4. Аутоиммунный ХП:

- изолированный аутоиммунный ХП;
- синдром аутоиммунного ХП:
 - синдром Шегрена;
 - первичный билиарный цирроз;
 - воспалительные заболевания кишечника;
 - неспецифический язвенный колит, болезнь Крона;

А – без протоковой гипертензии

Б – с протоковой гипертензией

5. Рецидивирующий и тяжелый острый панкреатит (ОП):

- постнекротический тяжелый ОП;
- рецидивирующий ОП;
- сосудистые заболевания;
- постлучевой ОП;

А – без протоковой гипертензии

Б – с протоковой гипертензией

6. Обструктивный ХП:

- pancreas divisum;
- патология сфинктера Одди;
- протоковая обструкция (например, опухоль)
- периапулярные кисты стенки двенадцатиперстной кишки;

– посттравматические рубцовые изменения панкреатического протока;

А – без протоковой гипертензии

Б – с протоковой гипертензией

Все этиологические варианты ХП без протоковой гипертензии относятся к компетенции врача-гастроэнтеролога (панкреатолога), однако, чтобы прийти к такому заключению скрининговый объем исследований должен включать стандартные УЗИ и КТ органов брюшной полости с акцентом на ПЖ, ФГДС с детальным осмотром большого дуоденального сосочка, релаксационную гастродуоденоскопию, исследование панкреатической эластазы-1 в кале и гликемический профиль. Сложные и инвазивные методы здесь не показаны, однако если в дальнейшем наблюдаются прогрессирующие изменения клинических проявлений ХП, то назначение этих исследований необходимо координировать совместно с хирургом.

С другой стороны, все варианты ХП с малейшими признаками протоковой гипертензии, выявленные на основе скринингового объема исследований, требуют только совместного с хирургом определения дальнейших сложных и инвазивных методов диагностики, включая при необходимости ЭРХПГ, МРХПГ, эндоУЗИ с биопсией ПЖ, исследование онкомаркера СА 19-9, паратормона, липидограммы, эндогенного инсулина, С-пептида, IgG, проведение генетической экспертизы (при возможности). По данным такого расширенного исследования («хирургический» скрининг), прежде всего, определяются анатомо-морфологические изменения ПЖ: диаметр ГПП во всех его отделах – головка, тело, хвост, наличие калькулеза ГПП и толщина его стенки, стенозы и стриктуры ГПП, кальциноз паренхимы ПЖ, свищевой(ые) ход(ы), размеры селезенки, диаметр селезеночной, воротной вен и их проходимость, степень обструктивного стеноза ДПК, диаметр холедоха, особенно в интрапанкреатической части, гистологическая структура ПЖ, если выполнялась биопсия.

Увеличение в диаметре ГПП является веским доказательством протоковой гипертензии, однако этот исключительно ценный феномен необходимо рассматривать только в совокупности с другими вышеперечисленными критериями и, прежде всего, увязывать с данными об экзокринной и эндокринной недостаточности (есть?, нет?), наличием болевого синдрома (есть?, нет?). Сочетание расширения ГПП с одним, а тем более двумя признаками (например, боль, экзо-, эндокринная недостаточность) является веским аргументом для хирургического лечения. При этом значимым считается расширение диаметра ГПП 5 мм и более (Марсельско-Кембриджская классификация критериев визуализации, 1996).

Именно такой предлагаемый подход исключает неоправданную инертность врача-гастроэнтеролога, который самостоятельно и упорно без участия хирурга продолжает наблюдать больного при наличии доказанных трех главных феноменов «хирургического» ХП (боль, расширение ГПП, начальные проявления экзо-и/или эндокринной недостаточности). Подобное отношение можно трактовать как своеобразный ятрогенный феномен несогласованных действий гастроэнтеролога там, где необходимо обязательное участие хирурга. Исключением здесь является только документированный отказ от операции самого больного (низкий комплаенс) или медицинские противопоказания.

Важно также, что такой подход страхует еще и от неоправданного врачебного стереотипа максимального использования возможностей консервативного лечения («до упора»), когда больной направляется для хирургического лечения уже в условиях тяжелейших проявлений анатомо-морфологических и функциональных нарушений (декомпенсация).

И, наконец, самый важный фактор предлагаемого нового подхода в показаниях к хирургическому лечению – это исключительная ответственность хирурга в принятии основополагающего решения, а именно: какой тип оперативного вмешательства необходимо предложить больному, чтобы на фоне своевременного хирургического лечения ХП предлагаемая операция остановила разрушительный процесс протоковой гипертензии и сама бы не являлась причиной функциональной недостаточности (экзокринной, эндокринной)? Исходя из этого, резекционные вмешательства (операции Бегера, Фрэнкеля, пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция), уносящие до 20–30% паренхимы ПЖ, не могут применяться в таких случаях у больных ХП, так как они сами будут являться причиной облигатной экзокринной и/или эндокринной недостаточности, тем самым до предела усиливая пессимистическую оценку и скептицизм гастроэнтеролога. О том на сколько это важная и

исключительно актуальная проблема сегодняшнего дня указывает тревожный комментарий панкреатолога профессора Н. Б. Губергриц (Метаболическая панкреатология, 2011): «... перед врачом стоит дилемма в выборе тактики лечения больного: хирургическая резекция головки поджелудочной железы с последующим развитием экзокринной недостаточности или выжидательная тактика, которая может быть весьма рискованной ...»

Как раз разработка и обоснование новых классификационных подходов с внедрением паренхимосохраняющего направления в хирургии ХП будет конструктивным решением этой актуальной проблемы на фоне предлагаемых показаний к хирургическому лечению.

Выводы

1. Существующие классификации ХП не определяют конкретный характер показаний к хирургическому лечению.
2. Этиологическая классификация ХП TIGAR-O, дополненная подразделами наличия или отсутствия протоковой гипертензии, конкретизирует показания к хирургическому лечению.
3. Этиологические варианты ХП без протоковой гипертензии относятся к компетенции врача-гастроэнтеролога (консервативное лечение).
4. Любой этиологический вариант ХП при наличии панкреатической протоковой гипертензии должен рассматриваться как «хирургический» тип патологии и требует только совместного с хирургом определения дальнейших сложных и инвазивных методов исследования, по данным которых может планироваться конкретное оперативное вмешательство.
5. У больных ХП, которым требуется хирургическое лечение, должны применяться паренхимосохраняющие операции, устраняющие протоковую гипертензию, болевой синдром и сберегающие функциональный резерв поджелудочной железы.

Список литературы

1. Метаболическая панкреатология / Губергриц Н. Б., Казюлин А. Н. – Из-во «Лебедь», – 2011. – 514 с.
2. Хирургическая анатомия поджелудочной железы / Копчак В. М., Усенко А. Ю., Копчак К. В., Зелинский А. И. // Изд. Дом «Аскания», Киев 2011. – 141с.
3. Хирургическое лечение хронического панкреатита / Копчак В. М., Копчак К. В., Перерва Л. А., Дувалко А. В. // Здоров'я України. – Лютий 2012 р.
4. Chronic pancreatitis: diagnosis, classification, and new genetic developments / Etemad B, Whitcomb DC. // Gastroenterology. 2001 Feb;120 (3): 682–707.
5. Classification of chronic pancreatitis / Milosavljevic T, Kostic Milosavljevic M, Krstic M, Jovanovic I. // Dig Dis. 2010;28(2):330-3. doi: 10.1159/000319409. Epub 2010 Sep 1.
6. Diseases of the Pancreas / Beger H. G., Matsuno S., Cameron J. L. –Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2008. – 905 p.
7. Long-term quality of life after surgery for chronic pancreatitis / van Loo E. S., van Baal M. C., Goosen H. G., Ploeg K. J., Nieuwenhuijs V.B. // Br. J. Surg. – 2010, Jul; 97 (7): 1079–86.
8. Surgical therapy of chronic pancreatitis: indications, techniques and results / Strobel O., Buchler M. W., Werner J. // Int. J. Surg. 2009 Aug; 7(4): 305–12.

9. Surgical treatment of chronic pancreatitis / Farkas G. // *Magy Seb.* 2011 Apr; 64 (2): 63–8.
10. The M-ANNHEIM classification of chronic pancreatitis: introduction of a unifying classification system based on a review of previous classifications of the disease. / Schneider A, Löhr JM, Singer MV. // *J Gastroenterol.* 2007 Feb; 42(2): 101–19. Epub 2007 Mar 12.

Стаття надійшла до редакції: 28.12.2012

А. В. Клименко, В. М. Клименко, А. О. Стешенко
Запорізький державний медичний університет

«ХІРУРГІЧНИЙ» ТИП ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ: КЛАСИФІКАЦІЙНІ ВИЗНАЧЕННЯ, ЩО УТОЧНЮЮТЬ ПОКАЗАННЯ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Прооперовано 112 хворих на хронічний панкреатит. На основі аналізу показань до хірургічного лікування, вибору метода оперативного втручання (паренхімозберігаючий, резекційний) в критичному плані розглядаються недоліки існуючих класифікацій хронічного панкреатиту. Запропоновано, як найбільш обґрунтований, реструктурований варіант етіологічної класифікації TIGAR-O з введенням підрозділів наявності або відсутності протокової гіпертензії.

Ключові слова: хронічний панкреатит, протокова гіпертензія, класифікація хронічного панкреатиту.

A. V. Klimenko, V. N. Klimenko, A. A. Steshenko
Zaporozhye State Medical University

“SURGICAL” TYPE OF CHRONIC PANCREATITIS: CLASSIFICATION DEFINITIONS, SPECIFYING THE INDICATIONS FOR SURGICAL TREATMENT

There were operated 112 patients with chronic pancreatitis. Based on the analysis of the indications for surgery, the choice of surgical intervention (parenchymapreserving, resection) in the critical way was studied disadvantages of existing classifications of chronic pancreatitis. The most feasible restructured option etiological classification TIGAR-O was proposed with the introduction with subsections of the presence or absence of ductal hypertension.

Keywords: chronic pancreatitis, ductal hypertension, classifications of chronic pancreatitis.