

ISSN 1995-5464 (Print); ISSN 2408-9524 (Online)
<https://doi.org/10.16931/1995-5464.2025-3-115-118>

Рефераты иностранных публикаций

Ахаладзе Г.Г., Балиев З.Э.

Abstracts of foreign publications

Akhaladze G.G., Baliev Z.E.

Gut. 2018; 67 (5): 789–804.

<https://doi.org/10.1136/gutjnl-2018-316027>

European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms

Европейские рекомендации по кистозным новообразованиям поджелудочной железы, основанные на доказательствах

The European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas

Руководящие принципы по лечению панкреатических кистозных новообразований (ПКН), основанные на доказательствах, отсутствуют. Это руководство является совместной инициативой Европейской исследовательской группы по кистозным опухолям поджелудочной железы (ПЖ), Объединения европейских гастроэнтерологов, Европейского клуба панкреатологов, Европейско-Африканской ассоциации гепато-панкреатобилиарной системы, Европейской хирургии пищеварительного тракта и Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии. Оно заменяет Европейские консенсусные рекомендации 2013 г. по ПКН. Европейские и неевропейские эксперты провели систематические обзоры и использовали методологию GRADE для ответа на соответствующие клинические вопросы по девяти темам (биомаркеры, радиология, эндоскопия, внутрипротоковая папиллярная муцинозная неоплазия (ВПМН), муцинозная кистозная неоплазия (МКН), серозная кистозная неоплазия, редкие кисты, (нео)адьювантное лечение и морфологическая классификация). Рекомендации включают консервативное лечение, относительные и абсолютные показания к хирургическому вмешательству. Консервативный подход рекомендован при бессимптомных МКН и ВПМН <40 мм без накопления контрастного препарата. Относительные показания к операции при ВПМН включают диаметр протока ПЖ (ППЖ) от 5 до 9,9 мм или диаметр кисты ≥40 мм. Абсолютные показания к операции при ВПМН из-за высокого риска злокачественной трансформации включают желтуху, накапливающий контрастный препарат

пристеночный узел >5 мм и диаметр ППЖ >10 мм. Пожизненное наблюдение за ВПМН рекомендуют пациентам, которые подходят для операции. Европейские основанные на фактических данных рекомендации по ПКН направлены на улучшение диагностики и лечения ПКН.

Hepatobiliary Surg. Nutr. 2025; 14 (2): 345–347.

<https://doi.org/10.21037/hbsn-2025-108>

Guidelines for the management of pancreatic cystic lesions: many options, too few solutions?

Рекомендации по лечению кистозных поражений поджелудочной железы: много вариантов, слишком мало решений?

Wang Y., Kim M.P.

Реферат составлен Г.Г. Ахаладзе

Эти согласительные рекомендации были разработаны многопрофильной группой, состоящей из местных экспертов, с использованием интерактивной системы Delphi. Авторы каталогизировали комплексную серию рекомендаций передовой практики, адаптированных к инфраструктуре здравоохранения в Гонконге, подчеркивая клинические подходы и современные проблемы в лечении кистозных поражений поджелудочной железы (КППЖ).

Более широкое использование томографии привело к росту числа случайно выявленных КППЖ, наиболее распространенными из которых являются внутрипротоковые папиллярные муцинозные новообразования (ВПМН). ВПМН являются предраковыми поражениями, которые демонстрируют различную склонность к злокачественной трансформации в протоковую аденокарциному поджелудочной железы (ПАПЖ). Хирургическая резекция, как правило, рекомендуется для запущенных ВПМН главного протока, которые с большей вероятностью содержат дисплазию высокой степени и инвазивный рак. Напротив, ВПМН боковых протоков нечасто прогрессируют до ПАПЖ, и риск их прогрессирования частично коррелирует с размером

кисты. Как сообщили эксперты в Гонконге, главная цель лечения КППЖ заключается в резекции участков поражения с высоким риском злокачественной трансформации. Однако, учитывая ограничения рентгенологических и эндоскопических методов в надежном обнаружении запущенной неоплазии, потенциальные преимущества хирургической резекции должны быть тщательно взвешены с учетом сопутствующих осложнений и летальности от операции на поджелудочной железе. Соответственно, изменчивая и непредсказуемая естественная история КППЖ требует длительного наблюдения и клинической оценки для дифференциации между КППЖ низкого и высокого риска.

Рекомендации Гонконгского консенсуса направлены на решение современных клинических задач КППЖ путем предоставления прагматичной, ресурсосберегающей структуры для стратификации риска КППЖ. Настоящая работа является достойным дополнением существующих руководств от Международной ассоциации панкреатологии (IAP), Американской гастроэнтерологической ассоциации (AGA), Американского колледжа гастроэнтерологии (ACG) и Европейской исследовательской группы по кистозным опухолям ПЖ (ESGCTP).

Есть несколько нюансов, характерных только для рекомендаций Гонконгской группы. Во-первых, подобно последнему обновлению руководств IAP (Киото), эта группа признала впервые выявленный сахарный диабет (ВВСД) тревожным признаком, отражая растущий объем доказательств того, что ВВСД ассоциирован с диагнозом ПАПЖ и часто предшествует ему.

Таким образом, серийные скрининги на ВВСД с гликозилированным гемоглобином (HbA1c) и партнерство с врачами первичной медико-санитарной помощи для отслеживания уровня глюкозы в сыворотке с течением времени могут выполняться как элементы наблюдения за КППЖ. Во-вторых, для КППЖ без тревожных признаков группа Гонконга рекомендует стандартизированный протокол наблюдения — каждые 6 мес в течение первого года и ежегодно в дальнейшем — независимо от размера кисты. Эта рекомендация согласуется с рекомендациями ESGCTP, но отличается от рекомендаций IAP (Киото), которые предписывают интервалы наблюдения на основе размера самого большого КППЖ. В-третьих, группа Гонконга рекомендует продолжать наблюдение в течение всей жизни при условии, что пациент остается в состоянии перенести операцию. Рекомендации AGA предписывают прекратить наблюдение через 5 лет, если изменения или тревожные признаки в КППЖ отсутствуют. На основе недавно опубликованных анализов обновленные рекомендации IAP (Киото) дают возможность либо продолжать наблюдение в те-

чение всей жизни, либо прекратить наблюдение за кистами <2 см, которые не демонстрируют морфологических изменений или тревожных признаков в течение как минимум 5 лет. В совокупности и по сравнению с другими рекомендациями Гонконгские рекомендации попадают в более консервативную группу в отношении интервалов и продолжительности наблюдения.

Изменчивость различных консенсусных руководств, наряду с очевидным отсутствием специфичности в трансформации различных тревожных признаков в хирургическое действие, отражает проблемы определения риска ВПМН с использованием только визуализации и клинических признаков. Лучшее понимание молекулярного патогенеза прогрессирования ВПМН и идентификация диагностических и прогностических биомаркеров дисплазии высокой степени или инвазивного рака могут помочь в уточнении руководств. С этой целью интеграция секвенирования нового поколения (NGS) жидкости кисты поджелудочной железы была предложена в качестве подхода к диагностике и стратификации риска КППЖ. Изменения в таких генах, как TP53, SMAD4, PIK3CA и PTEN, были связаны с прогрессирующей неоплазией. Недавно обновленный геномный классификатор PancreaSeq представляет собой 74-генную ДНК/РНК-таргетную панель, которая имеет заявленную чувствительность 82% и специфичность 100% для прогрессирующей неоплазии и превзошла по чувствительности существующие рекомендации, основанные на рентгенологических и клинических факторах. Такой анализ геномного классификатора может быть особенно полезен для количественной оценки предоперационного риска прогрессирующей неоплазии, когда неопределенные характеристики кисты или серьезные сопутствующие заболевания пациента могут ослабить энтузиазм хирургического вмешательства.

Хотя анализы NGS кистозной жидкости определяют данные быстроразвивающейся базовой неоплазии, они не предсказывают долгосрочный риск злокачественной трансформации ВПМН. Более того, как указала группа экспертов в Гонконге, технология и инфраструктура клинической лаборатории для выполнения и интерпретации NGS кистозной жидкости не являются широкодоступными в Гонконге и во многих других центрах. Эти факторы подчеркивают важность развития региональных партнерств для установления стандартов обработки образцов и содействия своевременному доступу к тестированию NGS кистозной жидкости поджелудочной железы у соответствующих групп пациентов. Примечательно, что на сегодняшний день NGS кистозной жидкости не было включено в консенсусные рекомендации и представляет

собой развивающийся аспект ведения КППЖ, который еще не был окончательно утвержден.

Подобно другим согласительным рекомендациям, Гонконгские рекомендации не делают различий между КППЖ, возникающими у пациентов с высоким риском; с патогенным изменением в гене предрасположенности к ПАПЖ и (или) к семейному наследственному раку поджелудочной железы и лиц со средним риском.

В целом Гонконгские согласительные рекомендации основываются на существующих рекомендациях и подчеркивают определенные региональные различия в практике. Важно отметить, что большая распространенность КППЖ подчеркивает настоятельную необходимость внедрения программ, которые уравнивают индивидуальный риск ПАПЖ с ограничениями финансирования здравоохранения, технологическими ресурсами и логистикой на основе пациента/поставщика услуг. Направление пациентов с КППЖ в многопрофильные клиники, в которых опытные хирурги, гастроэнтерологи, рентгенологи, патологи и врачи общей практики могут сотрудничать, является одной из стратегий для максимизации использования ресурсов и оптимизации управления пациентами. Кроме того, общая инфраструктура объединяет исследовательские усилия и позволяет пациентам участвовать в перспективных исследовательских реестрах, крупномасштабных консорциумах и клинических испытаниях.

Pancreatology. 2024; 24 (2): 255–270.

<https://doi.org/10.1016/j.pan.2023.12.009>

International evidence-based Kyoto guidelines for the management of intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas

Международные Киотские рекомендации по лечению внутрипротоковой папиллярной муцинозной опухоли поджелудочной железы, основанные на доказательствах

Ohtsuka T., Fernandez-Del Castillo C.,

Furukawa T. et al.

Эта исследовательская группа поставила цель пересмотреть международные рекомендации 2017 г. по внутрипротоковой папиллярной муцинозной опухоли (ВПМО) поджелудочной железы (ПЖ). В основном сосредоточились на пяти темах: пересмотр признаков высокого риска (ПВР) и тревожных признаков (ТП), наблюдение за неоперированными пациентами с ВПМО, наблюдение после иссечения ВПМО, пересмотр патологических аспектов и исследование молекулярных маркеров в кистозной жидкости. Новое в сравнении с предыдущими рекомендациями заключается в том, что систематические обзоры проводили по каждой из этих тем и публиковали отдельно для предоставления реко-

мендаций, основанных на доказательствах. Один из основных моментов новых “руководств, основанных на доказательствах” — новый алгоритм лечения, а одним из основных изменений является включение в оценку ПВР и ТП результатов эндоскопического УЗИ и цитологического анализа с помощью тонкоигльной аспирации под контролем эндо-УЗИ, если его выполняют. Другим ключевым элементом этих рекомендаций является уточнение необходимости пожизненного наблюдения небольших ВПМО. Рекомендовано два варианта действий: “прекратить наблюдение” и “продолжить наблюдение” ввиду риска развития сопутствующего протокового рака ПЖ для небольших неизменяющихся ВПМО 2-го типа после 5 лет наблюдения. Также отражены другие темы, включая выявление признаков высокого риска рецидива у пациентов, перенесших резекцию по поводу неинвазивной ВПМО с отрицательным хирургическим краем, резюме последних наблюдений в патологии ВПМО. Отражена также новая роль маркеров в кистозной жидкости для дифференциальной диагностики ВПМО и других кист ПЖ и для идентификации тех ВПМО, которые содержат высокодифференцированную дисплазию или инвазивную карциному.

J. Clin. Med. 2024; 13 (16): 4644.

<https://doi.org/10.3390/jcm13164644>

Diagnostics and management of pancreatic cystic lesions — new techniques and guidelines

Диагностика и лечение кистозных поражений поджелудочной железы — новые методы и рекомендации

Rogowska J., Semeradt J., Durko Ł. et al.

Кистозные образования поджелудочной железы (КОПЖ) все чаще диагностируют благодаря широкому применению методов лучевой диагностики. Точная диагностика варианта КОПЖ имеет решающее значение для определения показаний к хирургическому вмешательству или динамическому наблюдению. Классификация и лечение КОПЖ основаны на комплексной и междисциплинарной оценке, объединяющей клинические данные, результаты лучевой диагностики и маркеры кистозной жидкости. Эндоскопическая ультрасонография (ЭУС) получила широкое распространение в дифференциальной диагностике КОПЖ, обеспечивая детальную оценку даже небольших опухолей с высокой чувствительностью и специфичностью. Кроме того, тонкоигльная аспирация под контролем ЭУС расширяет диагностические возможности благодаря цитологическому анализу и оценке вязкости жидкости, концентрации опухолевых гликопротеинов, уровня амилазы и молекулярному анализу. Эти подробные дан-

ные играют ключевую роль в улучшении клинического прогноза и лечении новообразований ПЖ. В обзоре основное внимание уделено последним рекомендациям по дифференциальной диагностике и лечению КОПЖ, подчеркивая их клиническую значимость.

*World J. Gastroenterol. 2020; 26 (11): 1128–1141.
<https://doi.org/10.3748/wjg.v26.i11.1128>*

Similarities and differences in guidelines for the management of pancreatic cysts

Сходства и различия в рекомендациях по лечению кист поджелудочной железы

Lanke G., Lee J.H.

Точная диагностика кист поджелудочной железы (КПЖ) играет ключевую роль в лечении. Знание показаний к хирургическому вмешательству, роль тонкоигольной аспирационной биопсии под контролем эндоскопического УЗИ, анализ кистозной жидкости, применение изобразительных методов и динамическое наблюдение важны для диагностики и лечения КПЖ. В настоящее время существует множество рекомендаций по лечению КПЖ. Оптимальное применение этих рекомендаций в сочетании с пациент-ориентированным подходом помогает диагностировать рак на ранней стадии и предотвратить его распространение.

Сведения об авторах [Authors info]

Ахаладзе Гурам Германович — доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник научно-исследовательского отдела хирургии и хирургических технологий в онкологии ФГБУ “Российский научный центр рентгенодиагностики” Минздрава России.

Балиев Заур Эмирович — аспирант отделения хирургических методов лечения и противоопухолевой лекарственной терапии абдоминальной онкологии с койками абдоминальной хирургии ФГБУ РНЦРР Минздрава России.

<https://orcid.org/0000-0002-0824-5980>. E-mail: dr.zaur.baliev@mail.ru

Для корреспонденции*: Ахаладзе Гурам Германович — e-mail: gur371ax@gmail.com

Guram G. Akhaladze — Doct. of Sci. (Med.), Professor, Chief Researcher of the Department of Surgery and Surgical Technologies in Oncology of the Russian Scientific Center of Rentgenoradiology.

Zaur E. Baliev — Clinical Resident, Department of Surgical Methods of Treatment and Antitumor Drug Therapy of Abdominal Oncology with Abdominal Surgery Beds, Russian Scientific Center of Rentgenoradiology. <https://orcid.org/0000-0002-0824-5980>. E-mail: dr.zaur.baliev@mail.ru

For correspondence*: Guram G. Akhaladze — e-mail: gur371ax@gmail.com