



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (79) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВА
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (79)

2025

май

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.04.2025, Accepted: 06.05.2025, Published: 10.05.2025

УДК 616.61-073.75(045)

РАЗНОВИДНОСТИ КИСТОЗНЫХ ОБЪЁМНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОЧЕК В СВЕТЕ ДОРАБОТАННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОСНЯК

Аллазов Искандар Салах огли <https://orcid.org/0009-0002-7130-3570>

E-mail: allazoviskandar@gmail.com

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд,
ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Клинико-компьютерно-томографическое представление "кистозные новообразования" почек по М.А. Босняку (1986) согласно доработанной версии 2019 года на основании конкретных критериев (однородность, простая жидкость, перегородка, толщина стенки или перегородки) включает 5 классов разновидности кист. До сих пор диагностика и лечение этих состояний досконально не изучены, чему и посвящается наше исследование. Применение дифференцированных методов диагностики и лечения кистозных новообразований почек улучшит оказание урологической помощи данной категории больным.

Ключевые слова: разновидности кистозных объёмных новообразований почек, классификации Босняк, клинико-компьютерно-томографическое представление "кистозные новообразования" почек

QAYTA KO'RIB CHIQLILGAN BOSNYAK TASNIFI ASOSIDA BUYRAKLARNING KISTOZ HAJMLI HOSILALARINING TURLARI

Allazov Iskandar Salax o'g'li <https://orcid.org/0009-0002-7130-3570>

E-mail: allazoviskandar@gmail.com

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Rezyume

M. A. Bosnyak (1986) bo'yicha buyraklarning "kistli nav shakllanishi" ning klinik-kompyuter-tomografik ko'rinishi 2019 yil o'zgartirilgan versiyasiga muvofiq aniq mezonlar (bir xillik, oddiy suyuqlik, to'siq, devor yoki to'siq qalinligi) asosida kistalar navining 5 sinfini o'z ichiga oladi. Hozirgacha ushbu holatlarning diagnostikasi va davolash yaxshi tushunilmagan, bu bizning tadqiqotimizga bag'ishlangan. Buyrakning kist neoplazmalarini tashxislash va davolashning tabaqalashtirilgan usullaridan foydalanish ushbu toifadagi bemorlarga urologik yordam ko'rsatishni yaxshilaydi.

Kalit so'zlar: buyraklarning kistli hajmli neoplazmalarining turlari, Bosniya tasnifi, buyraklar "kistik neoplazmalari" ning klinik va kompyuter tomografik ko'rinishi.

TYPES OF KIDNEY CYSTOUS VOLUME FORMATIONS BASED ON THE REVISED BOSNYAK CLASSIFICATION

Allazov Iskandar Salax ogli <https://orcid.org/0009-0002-7130-3570>

E-mail: allazoviskandar@gmail.com

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ *Resume*

The clinical and computed tomographic representation of "cystic nodules" of the kidneys according to M.A. Bosniak (1986), according to the revised version of 2019, based on specific criteria (uniformity, simple fluid, septum, wall thickness or septum) includes 5 classes of cysts. Until now, the diagnosis and treatment of these conditions have not been thoroughly studied, which is what our study is dedicated to. The use of differentiated methods of diagnosis and treatment of cystic kidney neoplasms will improve the provision of urological care to this category of patients.

Key words: types of cystic volumetric neoplasms of the kidneys, Bosniak classification, clinical and computed tomographic representation of "cystic neoplasms" of the kidneys

Актуальность

Кистозные образования почек мало известны практическим врачам. Нередко вследствие диагностических ошибок возникают тяжелые осложнения: инфекционные процессы в почке, нефрогенная гипертония, камнеобразование и др [6]. Актуальность проблемы кистозных образований почек иллюстрируется и тем, что обсуждение ее явилось программной темой на 69-м конгрессе Французского общества урологов в Париже в 1975 г. (А. Steg). В последние годы выявлены новые формы, ранее неправильно но трактовавшиеся как пиелонефрит, гломерулонефрит и др. Изучение генетических основ почечных аномалий имеет большое практическое значение для урологов, нефрологов и педиатров [5]. Однако диагностика многих кистозных почечных образований часто бывает запоздалой, а нередко эти аномалии находят случайно при патологоанатомическом исследовании. Недостаточное знание чашечно-медуллярных аномалий почек приводит к ненужным, ошибочным операциям, например при мегалоистозе, принимаемом за гидронефроз, мультикистоз почки и др [7,8]. Литература о почечных кистах с каждым годом увеличивается, во, несмотря на это, существует большая путаница как в терминологии, так и в объяснении генеза этих пороков развития. Много неясного и в отношении диагностики почечных щаст, методов терапии и показаний к оперативному лечению [11,12].

Простые кисты почек обычно не вызывают признаков или симптомов. Если простая киста почек становится достаточно большой, симптомы могут включать:

- Тупую боль в спине или боку,
- Лихорадку (при нагноении),
- Боль в верхней части живота,
- Повышение артериального давления [3].

Нет чёткого представления по этиопатогенезу простых кист. Одна теория предполагает, что кисты почек развиваются, когда поверхностный слой почки ослабевает и образует мешочек (дивертикул). Затем мешочек наполняется жидкостью, отделяется и превращается в кисту [17,19].

Риск наличия простых кист почек увеличивается по мере взросления, хотя они могут возникать в любом возрасте. Простые кисты почек чаще встречаются у мужчин.

Многие современные методы диагностики (УЗИ, рентгенологический, МРТ, КТ, скинтиграфия) сопровождаются лучевой нагрузкой, т.е. инвазивные. Статическая скинтиграфия позволяет определить наличие «холодного» или «горячего» очагов проекции почки, способствуя дифференцировке симптомов опухоли и кисты, выяснить долю функционирующей паренхимы почки, что очень важно при решении вопроса органосохраняющей операции (нефрэктомии). Динамическая скинтиграфия позволяет оценить раздельную секреторную и экскреторную функцию почек. Методы лучевой диагностики не всегда в состоянии определить органопринадлежность и доброкачественность жидкостного новообразования. В таких случаях прибегают к диагностической пункции для лабораторного исследования пунктата. Для выявления малигнизации кисты выполняют цитологическое исследование кистозного содержимого. Для определения органопринадлежности кисты существуют специфические маркеры, определяемые при биохимическом исследовании. Так, для кисты почки характерными являются наличие эритропоэтина, мочевины и креатинина. С помощью микроскопии можно определить наличие и активность воспалительного процесса в кисте или содержание в ней крови. В качестве

окончательного метода диагностики, переходящего в оперативное пособие, выступает эндовидеохирургическая (ЭВХ) операция — лапароскопия или люмбоскопия.

При дифференциальной диагностике необходимо выяснить органопринадлежность кисты, далее дифференцировать ее с опухолью, гнойными процессами, туберкулезом, гидронефрозом и другими объёмными образованиями [16,18]. Основные сложности встречаются при больших жидкостных образованиях, особенно если они контактируют с несколькими органами, а также при их многокамерности [22].

Некоторые сложности возникают при дифференциальной диагностике рецидивных кистозных объёмных образованиях почек тем более это определяет лечебную тактику в дальнейшем [20]. Также трудно диагностировать кисты при необычной локализации, как-то чашечковые, синусовые, парапелльвикальные. Опухоли почки, абсцессы, гематомы напоминают кистозные объёмные образования [1,2].

Нередко возникают трудности при дифференциальной диагностике рецидивных простых и чашечковых кист почек. Данная информация весьма важна для планирования оперативного вмешательства: при рецидивной простой кисте достаточно просто иссечь ее стенку, тогда как при чашечковой необходимо ликвидировать сообщение кисты с полостной системой почки. В диагностике определенную помощь может оказать денситометрия содержимого кисты, проводимая после контрастного усиления при КТ. Трудно дифференцировать жидкостную структуру в области почечного синуса, где может быть парапелльвикальная, простая, лоханочная киста и гидронефроз. Во время операции парапелльвикальные кисты выглядят как гроздь винограда золотисто-желтого цвета, стенка кисты очень тонкая. Простые кисты имеют стенку толще и синеватую окраску. Лоханочные кисты обычно заключены в непрозрачную капсулу толщиной до 2–3 мм. Однородные опухоли почки (аденома, липома, саркома) могут иметь сходные с кистой ультразвуковые характеристики. Абсцессы и гематомы (урогематомы, уриномы) в редких случаях могут выглядеть как однородные жидкостные образования, однако чаще в их полости обнаруживаются включения, которые представляют собой сгустки крови различной степени организации или фибриновые массы [1,2].

Лечение кистозных новообразований почек строится исходя их категории согласно классификации по Босняк [8,9,13,14].

Все методы лечения можно делать на следующие 2 группы:

1. Пункция кисты со склеротерапией
2. Хирургическое.

Показания к лечению:

- Боль;
- Гематурия;
- Пальпируемое образование;
- размеры более 6 см;
- деформация полостной системы почек;
- быстрорастущие кисты;
- нарушение уродинамики из почки;
- подозрение на малигнизацию.

Показания к пункционной склеротерапии кисты:

- однокамерные;
- размерами до 6 см;
- однородность содержимого;
- толщина стенки до 1мм.

Относительным показанием к пункции является крупные кисты при поликистозе (игнипунктура), ибо способ является паллиативным.

При всем этом предполагаемый пункционный канал должен приходиться внепочечно и внебрюшинно.

Противопоказаниями лечению кист путем пункции (наличие тканевых включений, неровность и нечётность контуров, неоднородность содержимого кисты) являются:

- Сообщения кисты с чашечно-лоханочной системой;
- Парапелльвикальные кисты;

-Многокамерные кисты.

Относительным противопоказанием к пункционному способу считается размер кисты более 6 см, толщина стенки более 2 мм, наличие более 2-3 крупных камер.

Хотя в этих случаях часто возникают рецидивы, но малоинвазивность импонирует проведения её у соматически тяжелых пациентов.

Оперативное лечение при кистозных объёмных новообразованиях почек показано:

-невозможность пункционного метода лечения при кистозных заболеваниях почек, жидкостных новообразованиях забрюшинного пространства и верхних отделах брюшной полости;

-сомнительность органопринадлежности;

-невозможность исключения онкозаболеваний

Оперативное лечение кистозных новообразований почек осуществляется путем:

-эндовидеоурологическим способом,

-открытым доступом,

-лапароскопическим иссечением кисты.

При помощи эндовидеохирургического вмешательства можно добиться радикального лечения не только при локализации кист на почках, но и кистозных образований прилежащих областей (забрюшинное пространство, брюшная полость). В современных условиях открытое оперативное лечение осуществляется не так часто и в особых конкретных случаях, со строгими показаниями.

Разумеется, при обнаружении внепочечного кистозного опухолевидного образования при помощи УЗИ и КТ больного следует предавать хирургу. Открытое оперативное вмешательство приводится при нагноении или разрыве кисты, её злокачественном прерождении, потери паренхимы почек, почечной гипертензии, при сочетании с мочекаменной болезнью и структурами лоханочно-мочеточникового сегмента, требующих, кроме опорожнения кисты, но и иссечения её стенки, резекции почки или нефрэктомии. Эндоскопическая технология, развивающаяся в последнее время скорыми темпами, оказалась особенно востребованной в области урологии, в частности, лапароскопической. О.В.Теодорович и З.А.Кадыров (2007) [4] разработали в этом направлении новую установку, которая способствует полной эвакуации содержимого и иссечение стенки кисты любого размера и многокамерности. При этом создавая «рабочего пространства» в забрюшинной области путем введения углекислого газа на место спавшийся кисты проводится нефроскоп и рабочие инструменты, что позволяет свободно манипулировать или, которые напоминают открытую операцию.

Лапароскопическое иссечение симптоматических и рецидивных кист в настоящее время является равноправной в отношении черезкожной пункции или открытой операции. Эта методика не только радикальна, но и малоинвазивна [30].

При бессимптомном течении заболевания показанием к операции считается размер кисты более 6 см, деформация полостной системы почки, быстрорастущие кисты, нарушение оттока мочи из почки и подозрение на малигнизацию кисты. Имеется принципиальная разница в патогенетическом плане операции и склеротерапии. Во время операции замкнутая полость кисты полностью ликвидируется, а жидкость, которая может секретироваться оставшимся эндотелием, резорбируется забрюшинной клетчаткой. В то же время при склеротерапии стенки кисты спадаются, но все же замкнутая полость остается. Под действием склерозантов некротизируется эндотелий кисты, жидкость перестает вырабатываться, стенки кисты слипаются, срстаются, полость кисты исчезает. Иногда этого может и не произойти, что приводит к рецидиву кисты. Важно определить абсолютные противопоказания к склеротерапии: подозрение на малигнизацию кисты (наличие тканевых включений, неровность и нечеткость контура, неоднородность содержимого кисты), сообщение кисты с полостной системой, парапелвичальные кисты, многокамерные кисты. Кисты в этих случаях часто рецидивируют. Однако сама манипуляция настолько малоинвазивна, что у соматически ослабленных больных оправдано выполнение нескольких пункций для ликвидации крупной кисты. При всех кистозных заболеваниях почек и других жидкостных новообразованиях забрюшинного пространства и верхних отделов брюшной полости, которые не подлежат пункционному лечению, необходимо выполнять операцию (лапароскопическую или ретроперитонеоскопическую [10,21,24,25,28]. Она

показана и в сомнительных случаях, так, если не установлена органопринадлежность кисты или не исключена онкопатология [30]. В остальных случаях открытые операции должны применяться только как исключение, поскольку травма, наносимая больному при открытом доступе, не адекватна цели операции. Следует отметить, что ЭВХ-операция по поводу простых кист почечко своей сути приравнивается традиционному открытому вмешательству, отличаясь лишь средством достижения цели. При поликистозе удобен комбинированный доступ, т.е. кисты по передней поверхности почке вскрываются трансперитонеально, а по задней — ретроперитонеально. Это позволяет уменьшить операционную травму почки и минимизировать повреждение коллатеральных сосудов [29].

Операции по поводу мультилокулярной кисты имеют свои особенности, что заключается в резекции почки в пределах здоровой ткани, как при опухоли. Тем более в пределах мультилокулярной кисты зачастую встречается светлоклеточный рак почки.

Операция по поводу чашечковой кистыпочки состоит из резекции почки. При этом часто выявляется связь кисты с чашечно-лоханочной системой почки, что требует устранения этого сообщения, в противном случае обязательно возникает мочево́й затек. Выработан следующий алгоритм диагностики и лечения кистозных заболеваний почек. В случае выявления при УЗИ жидкостного образования, расположенного внутри почки или рядом с ней, которое не является частью полостной системы, размером менее 4 см, без включений, с невидимой при УЗИ капсулой, без клинических и лабораторных проявлений дальнейшие диагностические и лечебные мероприятия не показаны. При этом необходимо рекомендовать выполнять контрольное УЗИ 1 раз в 6 месяцев. Если описанная выше простая киста почки растет или у больного имеются жалобы на боль, гематурию, повышение артериального давления, пальпируемую опухоль — показано лечение кисты. При наличии одновременно следующих признаков кисты: размер от 5 до 6 см, капсула при УЗИ не определяется, однородное содержимое, однокамерная, включений нет, локализация кисты такова, что предполагаемый пункционный канал проходит не трансрентально и не трансабдоминально, и киста не парапелвикальная — показана пункция кисты со склеротерапией. Если при пункции кистозная жидкость окрашена кровью — склеротерапия противопоказана, больной подлежит оперативному лечению. Противопоказанием к склеротерапии является также подозрение на сообщение кисты с полостной системой почки. Если киста с перечисленными характеристиками достигла размеров более 6 см, предпочтительнее выполнить эндовидеохирургическое иссечение кисты, поскольку после пункции крупные кисты часто рецидивируют или для их полного излечения необходимо выполнить несколько повторных пункций со склеротерапией.

Если у жидкостного образования размером более 5 см выявлен хотя бы один из следующих признаков: толщина капсулы более 1 мм (видна при УЗИ), неоднородное содержимое, 2–3-камерная, рецидивная, локализация кисты такова, что предполагаемый пункционный канал проходит трансрентально или трансабдоминально или киста парапелвикальная — показана ЭВХ-операция (иссечение кисты, резекция почки или нефрэктомия в зависимости от характеристик кисты и функции почки). В случае невозможности провести полноценное оперативное ЭВХ-пособие выполнение операции открытым способом. В любом случае, при кистах почек начинать операцию следует эндовидеохирургически. В подавляющем большинстве случаев этот метод позволяет выполнить полноценное оперативное лечение кисты в полном объеме, но с минимальной операционной травмой по сравнению с открытой операцией.

Когда жидкостное образование сопровождается клиникой острого гнойного воспаления (паранефрит, абсцесс или карбункул почки), желателен пункционный дренирование полости ЭВХ-операция [23]. При жидкостном образовании размером более 5 см и неоднородном содержимом, тканевыми включениями, неровным и (или) нечетким контуром, многокамерной, точно не установленной органопринадлежностью - необходимо выполнить КТ с контрастированием, по результатам которого появится возможность принять решение о проведении дальнейших диагностических или лечебных мероприятий. Если в результате проведенной КТ или МРТ установлена внепочечная органопринадлежность жидкостного образования, больной передается для дальнейшего лечения хирургу. Если в результате пункции установлено почечное происхождение кисты, больному показана пункция со склеротерапией или ЭВХ-операция. Если в результате пункции не удалось установить органопринадлежность

кисты, например при кистах надпочечников, брыжейки, селезенки, а также, если после проведения КТ или МРТ остаются сомнения по поводу наличия онкопатологии, органопринадлежности образования, то последним этапом диагностики является диагностическая лапароскопия или люмбоскопия. В случае выявления кист, расположенных в области ворот почки, при наличии сообщения кисты с полостной системой, а также при мультилокулярной и множественных кистах показано выполнение ЭВХ-операции: иссечение кисты, резекция почки или нефрэктомия в зависимости от характеристик кисты и функции почки. В случае невозможности ЭВХ-операции проведения показана конверсия доступа и выполнение операции открытым способом. При наличии кист почки и сопутствующей патологии возможно выполнение сочетанной ЭВХ-операции для одновременного устранения кисты и выявленного заболевания: камни почки или мочеточника, нефроптоз, нарушение проходимости пиелоуретерального сегмента др [23].

Для аспирации содержимого кисты выполняется чрескожная пункция с последующим дренированием кисты.

Лапароскопическое иссечение симптоматических и рецидивирующих кист на современном этапе считается альтернативой чрескожной пункции или открытой полостной операции. Это одна из наиболее востребованных методик. Так, благодаря внедрению в урологическую практику новейшего лапароскопического оборудования были усовершенствованы принципы диагностики и лечения почечных кистозных образований. В то время как эта методика предусматривает радикальную операцию, так же как малоинвазивна.

Однако в некоторых случаях приходится производить открытое оперативное вмешательство (при нагноении или разрыве кисты, её злокачественном перерождении, или при выявлении кист, ставших причиной потери паренхимы почек или почечной гипертензии, при некоторых клинических формах мочекаменной болезни и стриктуре лоханочно-мочеточникового сегмента. При этом предусматривается нефрэктомия, резекция, иссечение свободной стенки кисты или её вылушивание.

Наиболее радикальным из предложенных вариантов лечения кист почек является способ лечения больших, гигантских и многокамерных кист, предложенный О.В. Теодорович и З.А. Кадыровым (2007) [4]. Авторы разработали принципиально новую эндоскопическую технологию лечения кист почек, позволяющая без применения открытой операции осуществлять полную эвакуацию содержимого и иссечение стенок кисты, в том числе большой, гигантской и многокамерной, за счёт создания «рабочего пространства» в забрюшинной области путём введения углекислого газа на место спавшейся кисты. При этом обеспечиваются возможность подведения нефроскопа и рабочих инструментов в «рабочее пространство» забрюшинной области, введение в него дополнительно троакара для использования манипуляторов. Это позволяет свободно манипулировать рабочими инструментами, пунктировать, эвакуировать содержимое кисты, полностью мобилизовать и иссечь её стенки, отступая на 0,5 см от паренхимы почки, что максимально приближает технику выполнения операции к открытому методу. В связи с тем, что данная методика многопортовая, продолжились поиски новых минимально инвазивных методов радикального лечения солитарных кист почек. Для визуализации и манипуляций использовали нефроскоп с рабочим каналом. Для создания полости применили гидродиссекцию дистиллированной водой, что позволяло в качестве манипулятора использовать трансуретральный резектоскоп. В отличие от предыдущего метода это была уже однотроакарная методика. В дальнейшем D. Yang и соавт. (2013) [30] предложили усовершенствованную методику однотроакарной ретроперитонеальной лапароскопической декорткации простых кист почек, путем объединения трёхтроакарную методику с использованием углекислого газа и однотроакарную перкутанную декорткацию с гидродиссекцией [24,28]. При этом авторы использовали 10-миллиметровый лапароскоп с рабочим каналом 6 мм для введения манипуляторов.

По актуальности и неизученности кистозным новообразованием является почечноклеточный рак (ПКР) почки. Доля почечно-клеточного рака (ПКР) составляет 1–3% от всех злокачественных новообразований взрослого населения и примерно 85–90% первичных опухолей почки. Широкое использование современных диагностических методов, таких как мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), привело к

случайному обнаружению до 30–50% опухолей почки. Выявляемые новообразования, обычно, небольшого размера, и поэтому хирургическое лечение при этом имеет лучший прогноз. В настоящее время МСКТ считается методом выбора для обнаружения и подтверждения диагноза злокачественной опухоли почки. Появление современных компьютерных томографов с высоким пространственным разрешением позволяет создавать высококачественные многоплоскостные реформации, лишенные артефактов и с отличной визуализацией анатомических структур [15,26,27]

Выводы

С появлением УЗИ, КТ и МРТ улучшилась диагностика у больных с объемными новообразованиями [26,27,] Жидкостные образования почек обладают рядом общих признаков, таких как схожесть с онкологическими заболеваниями, медленный рост, длительное бессимптомное течение, соприкосновение с несколькими органами и др., затрудняющих дифференциальную диагностику, соответственно и лечение.

Несмотря на похожую клиническую картину и морфологическое сходство, принципы лечения кист различных органов разные, поэтому до начала лечения необходимо выяснить происхождение новообразования и его точную органотопию. Из кист органов брюшинного пространства и верхних отделов брюшной полости наиболее часто встречаются кисты почек. Они занимают первое место не только по частоте, но и по многообразию форм. Реже встречаются кисты надпочечников, брыжейки, печени, еще реже — селезенки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аллазов С.А., Шодмонова З.Р., Шукуров А.А., Муминов С.Р. Забрюшинные жидкостные объемные образования: гематома, урогематома, уринома(Обзор литературы). Достижения науки и образования научно-методические журнал. Россия. 2019; 12(53): 83-88.
2. Аллазов С.А., Камалов Н.А., Муродова Р.Р. Жидкостные объёмные образования почек. Журнал Репродуктивного здоровья и уро-нефрологическая исследований. 2021; 1:18-21.
3. Иогансен Ю.А. Хирургическая тактика при простых кистах почек. Авт.канд.дис., Санкт-Петербург.
4. Теодорович О.В., Кадыров З.А. Способ лечения больших, гигантских и многокамерных кист почек. Патент на изобретение №RU2296527C2. Бюлл. №10 от 10.04.2007.
5. Шабунин А.В., Серегин А.В., Серегин А.А., Дроздов П.А., Нестеренко И.В., Лоран О.Б. Одномоментная лапароскопическая билатеральная нефрэктомия у больных с аутосомно-доминантной поликистозной болезнью почек как подготовка к трансплантации почки. Урология. 2020;6:19-22.
6. Шкуратов С.И., Гюнтер В.Э., Феофилов И.В. и др. Способ хирургического лечения поликистоза почек. Патент на изобретение №RU2264177C1. Бюлл. №32 от 20.11.2005.
7. Ascenti G., Mazziotti S., Zimbaro G. et al. Complex cystic renal masses: characterization with contrast-enhanced US. Radiology 2007; 243(1):158-65.
8. Bosniak Classification of Cystic Renal Masses, Version 2019: A Pictorial Guide to Clinical Use
9. Chebib F.T. et al. Native nephrectomy in renal transplant recipients with autosomal-dominant polycystic kidney disease. Transpl. Direct. 2015;1(10):e43.
10. Chen Z., Chen X., Luo Y.C. et al. Retroperitoneoscopic decortication of symptomatic peripelvic renal cysts: chinese experience. Urology 2011; 78 (4): 803-807.
11. Emre H., Turgay A., Ali A. et al. Stepped procedure' in laparoscopic cyst decortication during the learning period of laparoscopic surgery: Detailed evaluation of initial experiences. J. Minim. Access Surg. 2010; 6 (2): 37-41.
12. Erdem M.R., Tepeler A., Gunes M. et al. Laparoscopic decortication of hilar renal cysts using LigaSure. JSLS. 2014; 17: 301-307.
13. Gadelmoula M., Kur Kar A., Shalaby M.M. The laparoscopic management of symptomatic renal cysts: A single-centre experience. Arab J. Urol. 2014; (12): 173-177.

14. García-Rubio J.H. et al. Graft survival in patients with polycystic kidney disease with nephrectomy of native kidney pretransplant. *Transplantationproceedings*. 2015;47(9):2615–2617.
15. Hwang JH, Lee CK, Yu HS, et al. Клинические результаты сложных почечных кист боснийской категории IF у корейских пациентов. *КорейскийJUrol*. 2012; 53: 386–390.
16. Kim WB, Lee SW, Doo SW, et al. Категория миграции кистозных масс почек с использованием гадолиниевой магнитно-резонансной томографии. *КорейскийJUrol*. 2012; 53: 573–576.
17. Kilciler M., Mustafa O.I., Basal S. et al. Finger asisted laparoscopic renal cyst excision a simple technique. *Urol. J*. 2010; 7 (2): 90-94.
18. Li L., Szeto C.C., Kwan B.C., Chow K.M., Leung C.B., Kam-Tao Li P. Peritoneal dialysis as the first-line renalreplacement therapy in patients with autosomal dominant polycystic kidney disease. *Am.J.Kidney Dis*. 2011; 57(6):903-907.
19. Li Y. Z., Li M. X., Wang T. et al. Efficacy and safety of alcohol sclerotherapy involving single-session multiple injections to treat simple renal cysts: a multicenter, prospective, randomized, controlled trial. *Chin. Med. J*. 2013; 126 (5): 803-807.
20. LobbedezT., Touam M.,Evans D., Ryckelynck J.P., Knabelman B.,Verger C. Peritoneal dialysis in polycystic kidney disease patients. Report from the French Peritoneal dialysis registry (RDPLF). *Nephrol Dial Transplant* 2011;26(7):2332-2339.
21. Mahdi M.E., Al-Shukry M.H. Laparoscopicretroperitoneal deroofting of simple renal cyst in coparism with open surgery. *J. Kerbala University*. 2011; 9 (3): 308-314.
22. Makovetskaya G.A., Popov S.V., Sturov N.V. Polikystik kidney disease. Current diagnostic and treatment problems. Moscow RUDN. 2019; 156 p.
23. Ozkan B., Harman A., Emiroglu B. et al. The role of choice-lock catheter and trocar technique in percutaneous ablation of symptomatic renal cysts. *Iran J. Radiol*. 2014; 11 (2): 1-6.
24. Porpiglia F., Fiori C., Billia M. et al. Retroperitoneal decortication of simple renal cysts vs decortication with wadding using perirenal fat tissue: results of a prospective randomized trial. *BJU Int*. 2009; 103 (11): 1532-1536.
25. Reznik O.N., Ananiev A.N., Neverovich E.S. Daineko V.S., Skvortsov A.E., Kutenkov A.A., Kuzmin D.O. Laparoskopik nephrectomy in patients with autosomal dominant polystic kidney disease. *Vestnik tranplantologii I iskustvennyh organov* 2016;18(3):50-56.
26. Sai V, Rakow-Penner R, Yeh BM, et al. Псевдоусилениепочечнойкистыв 16 и 64 рядах MDCT. *Clin Imaging*. 2013; 37: 520–525.
27. Scalabre A., Patard J.J., Delreux A., Roumiguié M., Gamé X., Bensalah K., Paparel P. Néphrectomie laparoscopique pour reins polykystiques: principes et résultats. *Progrès En Urologie*. 2014;24(7),463–469.
28. Tefekli A., Altunrende F., Baykal M. et al. Retroperitoneal laparoscopic decortication of simple renal cysts using the bipolar plasma kinetic scissors. *Int. J. Urol*. 2006; 13 (4): 331-336.
29. Tuncel A., Aydin O., Balci M. et al. Laparoscopic decortication of symptomatic simple renal cyst using conventional monopolar device. *Kaohsiung J. Med. Sci*. 2011; 27: 64-67.
30. Yang D., Xue B., Zang Y. et al. A modified laparoendoscopic single-site renal cyst decortication: singlechannel retroperitoneal laparoscopic decortication of simple renal cyst. *J. Laparoendoscop. Adv. Surg. Techniq*. 2013; 23; (6): 506-510.

Поступила 20.04.2025