

TRAHUNR

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

Impact Factor: 5.878

**JOURNAL OF
REPRODUCTIVE
HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY
RESEARCH**



TADQIQOT.UZ

VOLUME 2, ISSUE 3

2021

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

№ 3
2021

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

Главный редактор:
Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2
Самаркандского Государственного медицинского института

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Obstetrics
and Gynecology Department No. 2 of the
Samarkand State Medical Institute

Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

доктор медицинских наук, профессор
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического института

Doctor of Medical Sciences, Professor
Departments of Obstetrics and Gynecology
Tashkent State Dental Institute

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес
профессор, член Европейского общества
репродукции человека и эмбриологии
Prof. Medical Director of the Instituto
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

Ramašauskaitė Diana

профессор, руководитель Вильнюсского центра
перинатологии, профессор и руководитель клиники
акушерства и гинекологии при институте клинической
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic of
Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty
of Medicine, Latvia)

Аюпова Фарид Мирзаевна

доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой Акушерства и гинекологии №1
Ташкентской медицинской академии.

Зокирова Нодира Исламовна

доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №1, Самаркандского
Государственного медицинского института

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич

доктор медицинских наук, профессор заведующий
кафедрой Эндоскопической урологии факультета
непрерывного медицинского образования
медицинского института РУДН.

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна

доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №2, Бухарского
медицинского института.

Окулов Алексей Борисович

доктор медицинских наук, профессор кафедры
медицинской репродуктологии и хирургии
Московского государственного
медико-стоматологического университета.

Махмудова Севара Эркиновна

ассистент кафедры Акушерства и гинекологии
факультета последипломного образования
Самаркандского Государственного медицинского
института (**ответственный секретарь**)

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Boris Chertin

MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,
Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии, медицинский
факультета ивритского университета)

Fisun Vural

Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета
естественных наук, учебно-исследовательской
больницы клиники акушерства и гинекологии.

Melike Betül Öğütmen

SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.
Доцент Университета естественных наук,
учебно-исследовательской
больницы клиники нефрологии.

Аллазов Салах Алазович

доктор медицинских наук, профессор
кафедры урологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна

доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой №2 педиатрии с
курсом неонатологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Локшин Вячеслав Нотанович

доктор медицинских наук, профессор,
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской
ассоциации репродуктивной медицины.

Никольская Ирина Георгиевна

доктор медицинских наук, профессор
ГБУ МО МОНИАГ.

Шалина Раиса Ивановна

доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

Page Maker | Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Телефон: +998 (94) 404-0000

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ | LITERATURE REVIEW

1. Аллазов С.А., Искандаров Ю.Н., Махмудов Ш.Б. Некротический фасциит наружных половых органов у мужчин Allazov S.A., Iskandarov Y.N., Mahmudov Sh.B. Necrotizing fasciitis of the external genital organs in men.....	4
2. Аллазов С.А., Умаров А.У. Почечная колика урологического генеза Allazov S.A., Umarov A.U. Renal colic of urological genesis.....	10
3. Боборахимова У.М. Коррекция массы тела у женщин с ожирением, планирующих использовать гормональную контрацепцию Boboraximova U.M. Weight management for the overweight woman planning to use hormonal contraception.....	14
4. Искандаров Ю.Н., Муминов С.Р., Аллазов С.А. Понятие объемных новообразований в урологии Iskandarov Y.N., Mo'minov S.R., Allazov S.A. The concept of volumetric neoplasms in urology.....	19
5. Назарова Г.Х., Махмудова С.Э. Современное значение прогностических маркеров в развитии преэклампсии Nazarova G.X., Mahmudova S.E. Modern significance of prognostic markers in the development of preeclampsia	23
6. Маманазаров Д.М., Аллазов С.А., Мурадова Р.Р. Урогенитальная неспецифическая инфекция у женщины Mamanazarov D.M., Allazov S.A., Muradova R.R. Urogenital non-specific infection in women.....	27
7. Шодмонова З.Р., Батиров Б. Стриктура уретры: современный подход к проблеме Shodmonova Z.R., Batirov B. Stricture of urethra: modern approach to the problem.....	30

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ | ORIGINAL ARTICLES

1. Абдуллаева Л.М., Сафарова Л.А. Особенности течения родов и послеродового периода у вич-позитивных женщин Abdullaeva L.M., Safarova L.A. Features of the management of childbirth and the postpartum period in hiv-positive women.....	35
2. Абдурахманова С.И., Каттаходжаева М.Х., Сулаймонова Н.Ж., Назарова Д.Г. Изменения про- и противовоспалительных цитокинов до и после лечения у женщин с сочетанной формой миомы матки и аденомиоза Abduraxmonova S.I., Kattakhoeva M.Kh., Suleymanova N.J., Nazarova D.G. Changes in pro- and anti-inflammatory cytokines before and after treatment in women with combined form of uterine fibrous and adenomyosis.....	38
3. Агабабян Л.Р., Насирова З.А., Алиева М.Я. Клиническая характеристика пациенток с преждевременной недостаточностью яичников Agababyan L.R., Nasirova Z.A., Alieva M.Y. Clinical characteristics of patients with premature ovarian insufficiency.....	42
4. Исанбаева Л.М., Каттаходжаева М.Х., Бобоев К.Т. Генетические аспекты лекарственной устойчивости при терапии женщин с миомой матки Isanbayeva L.M., Kattakhoeva M.Kh., Boboev K.T. Genetic aspects of drug resistance in the treatment of women with uterine fibroids.....	45
5. Каттаходжаева М.Х., Сафаров А.Т., Умаров З.М., Сулаймонова Н.Ж. Влияние перинатальных показателей на тазовое предлежание плода Kattakhoeva M.Kh., Safarov A.T., Umarov Z.M., Sulaymonova N.J. Effect of perinatal indicators on fetal breech.....	49
6. Ким В.С. Анализ клинических проявлений и особенности родоразрешения пациенток с COVID 19 Kim V.S. Analysis of clinical manifestations and significance of patients with COVID 19.....	53
7. Ким В.С. Материнские и перинатальные исходы у пациенток с COVID 19 Kim V.S. Maternal and perinatal outcomes in patients with COVID 19.....	56
8. Умаров З.М., Каттаходжаева М.Х., Сафаров А.Т. К вопросу о тактике ведения беременности и родов при тазовых предлежаниях плода Umarov Z.M., Kattakhoeva M.Kh., Safarov A.T. On the tactics of management of deliveries in breech presentations.....	58



УДК 616-006.31.61.071-08

Искандаров Юсуф НазимовичАссистент Самаркандский Государственный
Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан**Мунинов Сухроб Ропижонович**Студент Самаркандский Государственный
Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан**Аллазов Салах Аллазович**Доктор медицинских наук, профессор
Самаркандский Государственный
Медицинский институт
Самарканд, Узбекистан**ПОНЯТИЕ ОБЪЕМНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В УРОЛОГИИ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)****For citation:** Mo'minov Suhrob Ropijonovich, Iskandarov Yusuf Nazimovich, Allazov Salakh Allazovich, The concept of volumetric neoplasms in urology Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 3, pp. 19-22 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-3-4>**Iskandarov Yusuf Nazimovich**Assistant Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan.**Mo'minov Suhrob Ropijonovich**Student Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan.**Allazov Salakh Allazovich**Doctor of Medical science, Professor
Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan.**THE CONCEPT OF VOLUMETRIC NEOPLASMS IN UROLOGY
(LITERATURE REVIEW)****Iskandarov Yusuf Nazimovich**Assistant Samarqand davlat tibbiyot instituti
Samarqand, O'zbekiston**Mo'minov Suhrob Ropijonovich**Talaba Samarqand davlat tibbiyot instituti
Samarqand, O'zbekiston**Allazov Salakh Allazovich**Tibbiyot fanlari doktori, professor
Samarqand davlat tibbiyot instituti,
Samarqand, O'zbekiston**UROLOGIYADA HAJMLI O'SMASIMON HOSILALAR TUSHUNCHASI
(ADABIYOTLAR TAHLILI)**

Согласно Босняк М.А. (1986) различают следующие разновидности кистозных объемных новообразований почек (табл. 1).

КЛАССИФИКАЦИЯ КИСТ ПОЧЕК ПО BOSNIAK

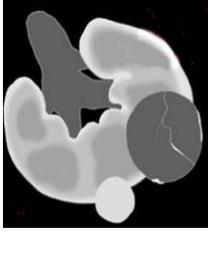
Тип	Характерные черты	Тактика	
I	Простая доброкачественная тонкостенная киста без перегородок, кальцификатов или солиногосо компонента. Содержимое имеет жидкостную плотность, не контрастирует.	Доброкачественные дальнейшего наблюдения не требуется	
II	Доброкачественная киста. Может содержать несколько тонких перегородок, толщиной не более 1мм, в которых может наблюдаться «кажущееся контрастирование». В стенках и перегородках возможно наличие мелких или незначительно утолщённых кальцификатов. В эту же группу включают образования с более плотным содержимым, размером < 3см с четкими контурами, не накапливающие контраст.	Доброкачественные, дальнейшего наблюдения не требуется	
III	Эти кисты могут иметь множество тонких перегородок. Может отмечаться минимальное равномерное утолщение, а также «кажущееся контрастирование» стенок или перегородок. В них могут встречаться кальцификаты, в том числе широкие и узловатые, однако измеряемого накопления контраста не происходит. Контур, как правило, четкие. В эту категорию входят также не накапливающие контраст образования с более плотным содержимым (геморрагические, инфицированные), размерами > 3см. Нет мягкотканого компонента.	Динамическое наблюдение. Небольшая часть образований являются злокачественными	
III	Сомнительные кистозные образования с равномерно утолщенными стенками (>1 мм) или перегородками с измеряемым накоплением контраста. Некоторые из них являются доброкачественными (геморрагические кисты, кисты с хронической инфекцией, мультилокулярная кистозная нефрома), другие злокачественными (кистозный и мультилокулярный кистозный ПКР).	Хирургическое вмешательство или динамическое наблюдение. Свыше 50% новообразований имеют злокачественный характер	
IV	Явно злокачественные кистозные образования, обладающие всеми характеристиками III категории и, кроме того, содержащие мягкотканые компоненты, накапливающие контраст, прилежащие, но несвязанные со стенками или перегородками. Эти новообразования включают кистозный рак.	Рекомендуется хирургическое вмешательство	

Табл.1 Классификация кист почек по Босняк

МДКТ является методом, который дает возможность определить характеристики, оценить кистозные образования почек в соответствии с классификацией Bosniak и провести дифференциальную диагностику выявленных изменений, что является ключевым для выбора оптимальной тактики ведения пациента и объема оперативного вмешательства. Однако типичные и сомнительные почечные кисты остаются сложной диагностической проблемой, решить которую может совершенствование алгоритма обследования таких больных.

Простая киста почки — доброкачественное тонкостенное объемное образование, имеющее фиброзную капсулу

и эпителиальную выстилку, развивающееся из паренхимы почки и содержащее, как правило, серозную жидкость. Простые кисты встречаются в 2 раза чаще у женщин, и их количество увеличивается с возрастом.

Примерно в 10–15 % случаев почечно-клеточный рак может быть представлен кистозной жидкостной структурой с неоднородным содержимым, что обусловлено распадом опухоли, внутренним ростом кисты, переросшей в опухоль (мультилокулярная карцинома, кистаденокарцинома) и наличием злокачественных новообразований в кисте. И приблизительно 5–7 % объемных образований почек нельзя четко охарактеризовать

с помощью современных методов визуальной диагностики. К ним можно отнести образования, которые не являются ни простыми почечными кистами, ни солидными структурами. Эти неопределенные образования могут быть как злокачественной, так и доброкачественной природы. Задача врача состоит в дифференциальной диагностике осложненной кисты со злокачественным поражением почки (рак в кисте) и простой кисты почки для выбора тактик лечения: при наличии опухоли — оперативное лечение, наличии кисты — динамическое наблюдение.

По характеру локализации кист выделяют:

1. Субкапсулярные кисты – располагаются непосредственно под капсулой почки.

2. Кортикальные кисты – располагаются в кортикальном слое.

3. Интрапаренхиматозные кисты – располагаются в толще почечной ткани.

4. Парапелльвикальные кисты – располагаются в области ворот почки.

В настоящее время нет определенных алгоритмов диагностики и дифференциации кистозных форм рака почки и осложненных кист почек, в связи с чем требуются изучение и выработка подходов к диагностике и лечению этой категории больных. Кистозные образования, с учетом трудностей при дифференциальной диагностике доброкачественных кист и кистоподобных форм рака почки, оцениваются по классификации Bosniak, [3,4] касательно атипичных кистозных образований почки. Эта классификация основана на данных компьютерной томографии и предполагает определенную лечебно-диагностическую тактику (рис.3):

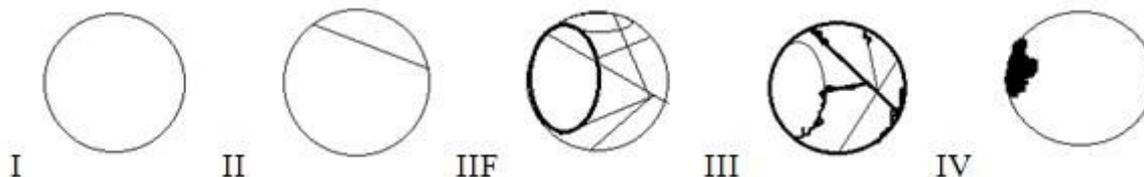


Рис.3 Кисты почек по классификации Bosniak.

Многие из кистозных образований почек являются случайными находками на КТ. Большинство из них — простые почечные кисты, и нет необходимости в их дальнейшем наблюдении. Однако осложненные кисты, некоторые из которых являются злокачественными, требуют хирургического вмешательства, в то время как другие — динамического наблюдения. Необходимо отметить, что четких представлений о морфологических вариантах кистозного рака почки (рак в стенке кисты, кистозная трансформация ПКР) нет, как нет и четких критериев дифференциальной диагностики образований II и III категорий по Bosniak, а также определенных рекомендаций в отношении их ведения и объема хирургического вмешательства.

Классификация по Босняку впервые была предложена в 1986 году. Классификация помогает врачам подразделить кисты почек на категории по степени их возможной малигнизации. По категории I риск малигнизации сложных кист почек равняется менее чем 2%. При категории II риск малигнизации кист почек равняется 18%. Кисты с типом по Босняку (Bosniak) >III следует рассматривать как вариант почечно-клеточного рака (ПКР) и лечить их соответствующим образом. Большинство кист почек при категории IV классификации Bosniak имеют риск озлокачествления в 92%.

В последнее десятилетие эндовидеохирургические технологии лечения простых солитарных кист почек изменились неузнаваемо: от использования в процессе хирургической операции четырёх троакаров до одного. Некоторые хирурги прибегали к операциям даже без использования портов. При этом было отмечено, что работа с тонкими инструментами может быть косметически более привлекательной, но исследования показали, что такие инструменты более требовательны к хирургической технике оператора из-за их хрупкости. Ежегодно появляются новые хирургические технологии, позволяющие улучшить результаты применения радикальных оперативных вмешательств с простыми солитарными кистами почек. Данные методики хирургического лечения кистозных заболеваний почек с успехом применяют в настоящее время как при солитарных кистах почек, так и при мультилокулярных, множественных кистах и поликистозе почек. Обсуждая представленные литературные данные, необходимо отметить, что известен способ лечения поликистоза почек, включающий фенестрацию больших кист и тампонирующие образовавшихся кистозных полостей гранулированным пористым проникаемым сплавом на основе никелида титана с размером гранул 50–1000 мкм путём лапароскопического доступа. Однако способ не

получил широкого распространения в связи с необходимостью сложного тампонирующего вещества, отсутствующего на медицинском рынке.

Также известен способ одномоментного пункционного лечения и склерозирования кистозных полостей почек под ультразвуковым контролем, при котором для пункции использовали иглы с мандреном диаметром Ch 6–8–10 в зависимости от возраста пациента, а весь процесс фиксировался на экране монитора ультразвукового аппарата. В качестве склерозанта применяли 96% этиловый спирт с длительностью экспозиции 5 мин. В качестве местного гемостаза или склероза целесообразным можно считать и настой или настойку лагохилуса опьяняющего примененного С.А.Аллазовым и (2009-2011) при различных манипуляциях и операциях, сопровождающихся кровотечением (операционная рана-разрез тканей для доступа к оперируемому органу, макрогематурия, болезнь Фурнье, аденоэктомия простаты). Способ получил в последние годы широкое распространение, что связано с его малой травматичностью. Однако более чем в 40% случаев возникает рецидив заболевания или сохраняется остаточная кистозная полость. Элегантный в своем дизайне способ лечения больших, гигантских и многокамерных кист почек также имеет некоторые недостатки. Во-первых, через кожный разрез 3 мм путём бужирования туннеля между внутренней поверхностью кисты и кожей пациента устанавливают троакары для нефроскопа размером 26–30 по Шарьеру, что соответствует ригидному разрезу длиной 13–15 мм, а с учётом эластичности кожи для тубуса нефроскопа таких размеров хирургический разрез не должен быть менее 10–12 мм. После проведения подобной процедуры через меньшие кожные разрезы у всех пациентов будет развиваться ишемическое поражение кожи в месте установки троакара для нефроскопа, что приведёт к некрасивому косметическому эффекту на отдалённых сроках. Аналогично, при установке дополнительного 5,5-миллиметрового троакара для 5-миллиметровых манипуляционных инструментов разрез длиной 4 мм в 2 раза меньше необходимого (7–8 мм). Во-вторых, при слепом бужировании туннеля увеличивается риск кровотечения в месте хирургического интереса, что усложняет проведение основного этапа операции. В-третьих, данная методика является двухтроакарной, и в некоторых случаях при неудобном расположении кисты (в верхнем полюсе или на медиальном крае почки) может превратиться в трёхтроакарную, что не отличает её от классической трёхтроакарной ретроперитонеоскопической марсупиализации кист почек.

Способ с введением в забрюшинное пространство вместо углекислого газа дистиллированной воды, с нашей точки зрения, также имеет некоторые недостатки. При повреждении даже мелких сосудов забрюшинного пространства окрашивание кровью вводимой в забрюшинное пространство жидкости приведёт к неправильному отражению цветовой гаммы на экране монитора, а при более выраженном кровотечении — к полной потере изображения, что может спровоцировать ошибочные действия оператора. При повреждении брюшины жидкость, попавшая в брюшную полость, полностью изменит анатомическое взаимоотношение органов брюшной полости и забрюшинного пространства, что может привести к конверсии.

По актуальности и не изученности кистозным новообразованием является почечно-клеточный 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, как правило, небольшого размера, и поэтому хирургическое лечение 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, лишённые артефактов и с отличной визуализацией анатомических структур, что в свою очередь обеспечивает улучшение предоперационной оценки рака почки. Наличие псевдокапсулы, окружающей опухоль, считается гистологической особенностью ранних стадий заболевания. Гистологическая почечная псевдокапсула состоит из волокнистой соединительной ткани и компримированной почечной паренхимы. Инкапсулированная опухоль, как правило, небольшого размера, что позволяет выполнить органосохраняющую операцию.

В связи с выше изложенным появилась клиническая необходимость определять наличие или отсутствие псевдокапсулы опухоли почки на предоперационном этапе с целью планирования хирургического вмешательства. В источниках литературы сообщается о возможностях ангиографии, ультразвукового исследования (УЗИ), МРТ с применением T2-взвешенных последовательностей в обнаружении псевдокапсулы опухоли почки. Однако лишь немногочисленные публикации освещают потенциальные возможности МСКТ в данном вопросе. Учитывая стремительное развитие диагностических методик, представляется целесообразным провести анализ возможностей 64 детекторной МСКТ с внутривенным болюсным контрастированием в диагностике псевдокапсулы опухоли почки.

Список литературы

1. Акрамов Н.Р., Байбиков Р.С. Однотроакарный ретроперитонеоскопический доступ в лечении дивертикула чашечки почки в детском возрасте (описание случая). Эксперим. и клин.урол. 2015; (2):119–123.
2. Аляев Ю.Г., Синицин В.Е., Григорьев Н.А. Магнитно-резонансная томография в урологии. Практическая медицина. М. 2005; 79–88.
3. Антонов А.В., Ишутин Е.Ю., Гулиев Р.Н. Выбор рационального алгоритма при лечении кист почек. Вестн. хир. им. И.И. Грекова. 2012; 171(6): 86–88.
4. Баранов А.В., Панченков Д.Н., Бехтева М.Е., Ширшов В.Н. Первый опыт лапароскопической резекции кисты почки методом единого доступа. Клин.практ. 2012.
5. Иванов Ю.В., Панченков Д.Н., Баранов А.В. и др. Лапароскопическое лечение кист почек. Эндоскоп. хир. 2009; 3: 15–18.
6. Кадыров З.А., Самко А.А., Гурбанов Ш.Ш. и др. Эндовидеохирургические методы иссечения простых кист почек. Эксперим. и клин. урол. 2010; 3:62–65
7. Aggarwal S., Bansal A. Laparoscopic management of renal hydatid cyst. JSLS.2014; 18: 361–366.
8. Ascenti G., Mazziotti S., Zimbaro G. et al. Complex cystic renal masses: characterization with contrast-enhanced US. Radiology 2007; 243(1):158-65.
9. Bosniak M.A. The current radiological approach to renal cysts. Radiology.1986;158;1—10.
10. Chaitanya R. Divgi, Neeta Pandit-Taskar, Achim A. Jungbluth et al. Preoperative characterization of clear-cell renal carcinoma using iodine-124-labelled antibody chimeric G250 (124I-cG250) and PET in patients with renal masses: a phase I trial. The Lancet Oncology 2007;84:304-10.
11. Chen Z., Chen X., Luo Y.C. et al. Retroperitoneoscopic decortication of symptomatic peripelvic renal cysts: chinese experience. Urology 2011; 78 4: 803–807.
12. 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.
13. Erdem M.R., Tepeler A., Gunes M. et al. Laparoscopic decortication of hilar renal cysts using LigaSure. JSLS.2014; 17: 301–307.
14. Farhan S.D. Laparoscopic management of symptomatic renal cysts. Iraqi Postgraduate Med. J. 2010; 9 (2): 163–168.
15. 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.
16. Hamedanchi S., Tehranchi A. Percutaneous decortication of cystic renal disease. Korean J. Urol. 2011; 52: 693–697.
17. Lee J.Y., Kang D.H., Chung J.H. et al. Laparoendoscopic single-site surgery for benign urologic disease with a homemade single port device: design and tips for beginners. Korean J. Urol. 2012; 53: 165–170.
18. 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.
19. 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.
20. 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.