УДК: 616.61-006.2-089.87-072.1

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ЛЕЧЕБНО-ТАКТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ КИСТОЗНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ПОЧЕК В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ УРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ



Аллазов Искандар Салахович, Аллазов Салах Аллазович, Абдурахманов Диёр Шукуруллаевич
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

УРОЛОГИЯ ХИЗМАТИНИНГ КЛИНИК АМАЛИЁТИДА БУЙРАКНИНГ КИСТОЗ ЯНГИ ҲОСИЛАЛАРИДА ЖАРРОҲЛИК КИРИШ ЙЎЛИНИ ТАНЛАШНИНГ ТАБАҚАЛАШТИРИЛГАН ДАВОЛАШ-ТАКТИК АЛГОРИТМИ

Аллазов Искандар Салахович, Аллазов Салах Аллазович, Абдурахманов Диёр Шукуруллаевич
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

DIFFERENTIATED THERAPEUTIC AND TACTICAL ALGORITHM FOR SELECTING SURGICAL ACCESS IN CYSTIC RENAL MASSES IN THE CLINICAL PRACTICE OF THE UROLOGICAL SERVICE

Allazov Iskandar Salakhovich, Allazov Salakh Allazovich, Abdurakhmanov Diyor Shukurullaevich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. *Буйракнинг кистоз янги ҳосилаларида анъанавий очиқ ва такомиллаштирилган лапароскопик усуллар орасидан жарроҳлик кириш йўлини танлаш баҳсли масала бўлиб қолмоқда ва клиник қарорлар қабул қилишда тизимли ёндашувни талаб этади. Тадқиқот мақсади: буйракнинг кистоз янги ҳосилаларида жарроҳлик кириш йўлини танлашнинг табақалаштирилган даволаш-тактик алгоритмини ишлаб чиқиш ва илмий асослаш. Материал ва усуллар: 2018–2024 йилларда буйракнинг кистоз янги ҳосилалари бўйича жарроҳлик йўли билан даволанган 160 нафар беморнинг натижалари таҳлил қилинди; назорат гуруҳини анъанавий очиқ усулда операция қилинган 70 нафар бемор, асосий гуруҳни лапароскопик усулда операция қилинган 90 нафар бемор ташкил этди. Кириш йўлини танлашнинг клиник-нурли предикторлари тизимлаштирилди, қарор қабул қилишнинг икки босқичли алгоритми ҳамда «Bosniak тоифаси – ҳосила ўлчами» тактик қарорлар матрицаси ишлаб чиқилди. Натижалар: жарроҳлик кириш йўлини танлашнинг саккизта асосий клиник-нурли предиктори аниқланди. Алгоритм операциядан олдин кириш йўлини танлаш ва операция вақтида аралашув ҳажмини аниқлаштиришни ўз ичига олади; матрица динамик кузатувдан кенгайтирилган очиқ операциягача бўлган бешта тактик вариантни қамрайди. Операция вақтидаги эндовизуал тафтиш асосий гуруҳ беморларининг 44,4 фоизида тактикани ўзгартиришни талаб қилган клиник аҳамиятли ўзгаришларни аниқлади. Ретроспектив текширувда амалда қўлланилган тактика беморларнинг 87,5 фоизида алгоритм тавсияларига мос келди. Хулоса: ишлаб чиқилган алгоритм буйракнинг кистоз янги ҳосилаларида жарроҳлик тактикасини танлашга такрорланувчан ёндашувни таъминлайди ва клиник қарорларнинг асосланганлигини оширади.*

Калит сўзлар: *буйракнинг кистоз янги ҳосилалари, табақалаштирилган алгоритм, жарроҳлик тактикаси, клиник-нурли предикторлар, Bosniak таснифи.*

Abstract. *The choice of surgical access for cystic renal masses between traditional open and improved laparoscopic techniques remains debatable and requires a systematized approach to clinical decision-making. Aim: to develop and scientifically substantiate a differentiated therapeutic and tactical algorithm for selecting surgical access in cystic renal masses. Materials and methods: the results of surgical treatment of 160 patients with cystic renal masses treated in 2018–2024 were analysed; the control group included 70 patients operated on via traditional open access, the main group – 90 patients operated on laparoscopically. Clinico-radiological predictors of access selection were systematized, and a two-stage decision-making algorithm and a matrix of tactical decisions "Bosniak category – lesion size" were developed. Results: eight key clinico-radiological predictors of surgical access selection were identified. The algorithm includes preoperative selection of access and intraoperative refinement of the scope of intervention; the matrix covers five tactical options, from active surveillance to extended open surgery. Intraoperative endovisual inspection revealed clinically significant findings requiring a change of tactics in 44.4% of patients of the main group. On retrospective verification, the tactics actually applied matched the algorithm's recommendations in 87.5% of patients. Conclusion: the developed algorithm provides a reproducible approach to the choice of surgical tactics in cystic renal masses and increases the validity of clinical decisions.*

Keywords: *cystic renal masses, differentiated algorithm, surgical tactics, clinico-radiological predictors, Bosniak classification.*

Хирургическое лечение кистозных новообразований почек остаётся одной из актуальных проблем современной малоинвазивной урологии. По эпидемиологическим данным, простые кисты почек выявляются у 25–33% лиц старше 50 лет [1, 2], а частота их обнаружения прогрессивно возрастает вследствие широкого внедрения современных методов лучевой диагностики в амбулаторную и стационарную практику [3, 4]. Симптоматические кистозные новообразования почек требуют активной хирургической тактики, направленной на устранение клинических проявлений, профилактику осложнений и предупреждение отдалённых последствий заболевания [5, 6].

Современный арсенал хирургического лечения кистозных новообразований почек включает традиционные открытые вмешательства (люмботомическая фенестрация и иссечение стенки кисты), лапароскопические трансабдоминальный и ретроперитонеоскопический методы, а также пункционные методы с последующей склеротерапией [7, 8]. Каждый из них имеет объективные преимущества и ограничения, определяющие показания к применению в конкретной клинической ситуации. Отсутствие универсального оптимального метода определяет актуальность систематизированного подхода к выбору хирургической тактики с учётом совокупности клинических, лучевых и общесоматических характеристик больного [9, 10].

Систематические обзоры и метаанализы, охватывающие результаты лечения тысяч больных с симптоматическими кистами почек, подтверждают преимущества лапароскопических методов перед традиционным открытым подходом по совокупности непосредственных и отдалённых показателей [11, 12]. Однако эти преимущества реализуются не в равной мере при различных клинико-лучевых характеристиках больного, что требует дифференцированного подхода к выбору тактики. В отечественной и зарубежной литературе представлены разрозненные рекомендации по выбору отдельных методов лечения кистозных новообразований почек, но отсутствует систематизированный алгоритм принятия клинических решений, охватывающий весь спектр клинических ситуаций [13–15].

Цель исследования: разработать и научно обосновать дифференцированный лечебно-тактический алгоритм выбора хирургического доступа при кистозных новообразованиях почек, интегрирующий клинико-лучевые предикторы дооперационного планирования и критерии интраоперационного уточнения объёма вмешательства.

Материал и методы. В основу разработки алгоритма положен анализ результатов хирургического лечения 160 больных с кистозными новообразованиями почек, находившихся на стационарном лечении в клинических базах Самаркандского государственного медицинского университета в 2018–2024 гг. В зависимости от применённой методики больные распределены на контрольную (n=70; традиционные открытые операции) и основную (n=90; усовершенствованные лапароскопические вмешательства, в том числе с применением способа лапароскопической ревизии остаточной полости кисты почки UZ IAP 8683) группы. Клинико-лучевая характеристика больных включала оценку возрастно-полового состава, категории по классификации Bosniak (версия 2019 г.), локализации и размера кистозного образования, сопутствующей соматической и урологической патологии, функционального состояния почек и общесоматического статуса по классификации Американского общества анестезиологов (ASA).

Систематизация клинико-лучевых предикторов выбора хирургического доступа проведена на основе анализа связей между отдельными клинико-лучевыми характеристиками больных и клиническими результатами применённой методики лечения. Двухэтапный алгоритм принятия клинических решений основан на принципе последовательного выбора тактики: обязательного дооперационного определения оптимального доступа и интраоперационного уточнения объёма вмешательства по непосредственным находкам в зоне операции.

Матрица дифференциального выбора тактических решений построена в двумерной системе координат, объединяющей категорию по классификации Bosniak (версия 2019 г.) и размер кистозного образования как два ключевых клинико-лучевых предиктора. Варианты в матрице соответствуют пяти типам тактики: динамическое наблюдение, стандартная лапароскопическая фенестрация, лапароскопическая кистэктомия с интраоперационной эндовизуальной ревизией остаточной полости, лапароскопическая резекция почки, открытая расширенная операция. Каждой клинической ситуации в матрице сопоставлен определённый тактический вариант на основании собственного клинического опыта и данных международной литературы.

Результаты. Клинико-лучевые предикторы. В результате клинического анализа определены восемь ключевых клинико-лучевых

предикторов выбора хирургического доступа при кистозных новообразованиях почек: размер кистозного образования, категория по классификации Bosniak (версия 2019 г.), локализация кисты, перенесённые ранее операции на органах брюшной полости, общесоматический статус по классификации ASA, функциональное состояние почек по скорости клубочковой фильтрации (СКФ), индекс массы тела больного и опыт хирургической бригады в лапароскопической урологии. Значения предикторов, благоприятные для лапароскопического или традиционного открытого доступа, представлены в таблице 1.

Значение каждого предиктора определяется его влиянием на клинические результаты вмешательства и техническую выполнимость операции. Размер и локализация кистозного образования определяют преимущественно техническую сложность вмешательства и объём необходимой мобилизации почки. Категория по классификации Bosniak отражает онкологический риск образования и обосновывает необходимость морфологической верификации. Общесоматический статус, функциональное состояние почек и индекс массы тела определяют переносимость вмешательства и выбор анестезиологического пособия.

Двухэтапная логическая структура алгоритма. Разработанный алгоритм построен на принципе двухэтапного принятия клинических решений. Первый этап – дооперационная клинико-лучевая стратификация больных и выбор оптимального хирургического доступа на основании клинических данных, результатов лучевой диагностики и оценки общесоматического статуса. Второй этап – интраоперационное уточнение объёма вмешательства по непосредственным находкам в зоне операции, что обеспечивает персонализацию хирургической тактики и её адаптацию к конкретной клинической ситуации.

Такое построение принципиально отличается от традиционного подхода, при котором объём операции планируется преимущественно по дооперационным данным, а интраоперационная тактика ограничивается стандартной последовательностью действий. Объективный интраоперационный диагностико-функциональный контроль переводит клиническое решение из области субъективной оценки хирурга в область воспроизводимого протокола, что позволяет стандартизированно внедрять алгоритм в урологических отделениях различного уровня (рис. 1).

Дифференцированный лечебно-тактический алгоритм. На основе интеграции ключевых клинико-лучевых предикторов и последовательности клинических решений разработан дифференцированный лечебно-тактический алгоритм, отражающий путь от первичного клинико-лучевого обследования до окончательного выбора хирургической тактики и интраоперационных действий (рис. 2).

Таблица 1. Клинико-лучевые предикторы выбора хирургического доступа при кистозных новообразованиях почек

Предиктор	Значение, благоприятное для лапароскопии	Значение, благоприятное для открытого доступа
Размер образования	≤10 см	>10 см с деформацией
Категория Bosniak (версия 2019 г.)	I, II, IIF, III	IV с солидным компонентом
Локализация	Верхний, средний, нижний сегменты, латеральная и передняя поверхности	Парапельвикальная, заднемедиальная зона при отсутствии опыта ретроперитонеоскопического доступа
Операции на органах брюшной полости в анамнезе	Отсутствуют или единичные	Множественные лапаротомии, выраженный спаечный процесс
Общесоматический статус (ASA)	ASA I–II	ASA III–IV с противопоказаниями к карбоксиперитонеуму
Функция почек (СКФ по CKD-EPI)	≥60 мл/мин/1,73 м²	<45 мл/мин/1,73 м² при необходимости сохранения максимального объёма паренхимы
Индекс массы тела	≤35 кг/м²	>40 кг/м² (морбидное ожирение)
Опыт хирургической бригады	Владение лапароскопической урологией	Ограниченный опыт в малоинвазивной урологии

Примечание: ASA – классификация физического статуса Американского общества анестезиологов; СКФ – скорость клубочковой фильтрации.

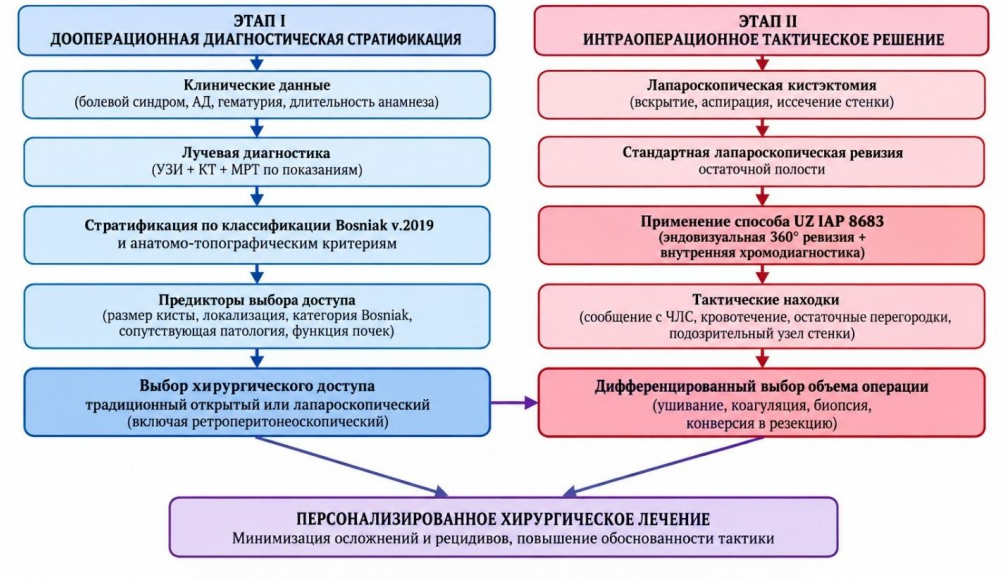


Рис. 1. Двухэтапная логическая структура дифференцированного алгоритма выбора метода хирургического лечения кистозных новообразований почек. Дооперационный этап определяет выбор оптимального хирургического доступа, интраоперационный этап уточняет объём вмешательства на основании непосредственных находок в зоне операции.

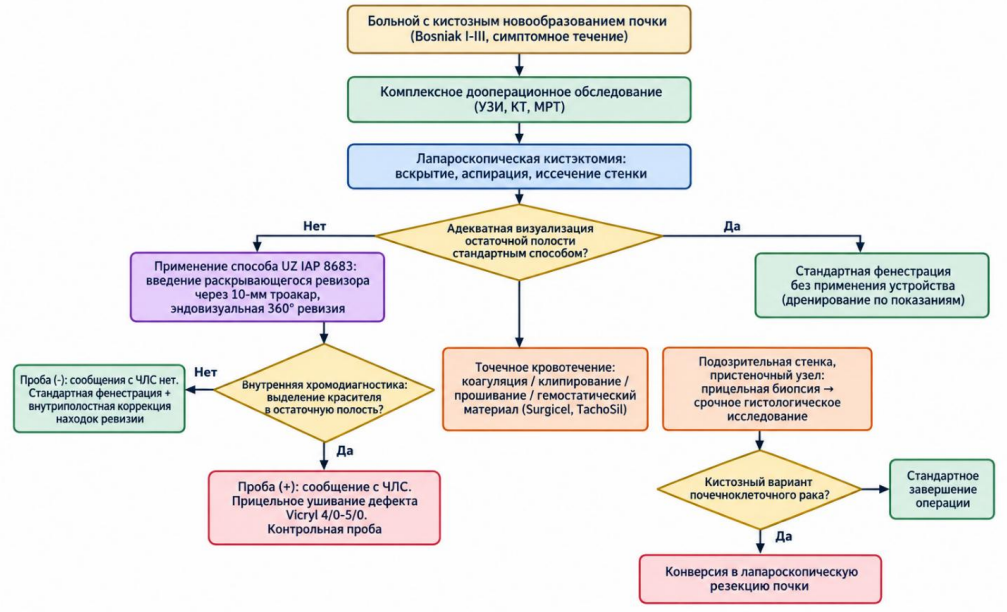


Рис. 2. Дифференцированный лечебно-тактический алгоритм лапароскопического лечения кистозных новообразований почек с применением запатентованного способа (UZ IAP 8683). Алгоритм интегрирует клинико-лучевые предикторы предоперационного планирования и критерии интраоперационного уточнения объёма вмешательства.

Ключевыми элементами алгоритма являются последовательные диагностико-тактические блоки: первичное клинико-лабораторное обследование больного, лучевая диагностика с обязательной стратификацией по классификации Bosniak (версия 2019 г.), оценка общесоматического статуса и функционального состояния почек, выбор хирургического доступа с учётом клинико-лучевых предикторов, планирование объёма вмешательства и определение показаний к интраоперационной эндовизуальной ревизии остаточной полости кисты.

Такая последовательность обеспечивает системный подход к клиническому решению и снижает риск как неоправданно активной, так и недостаточно активной тактики.

Матрица дифференциального выбора тактических решений. На основе ключевых клинико-лучевых предикторов и накопленного клинического опыта разработана матрица тактических решений в двумерной системе координат «категория Bosniak – размер кистозного образования», указывающая оптимальный объём вмешательства для каждой комбинации клинических характеристик (рис. 3).

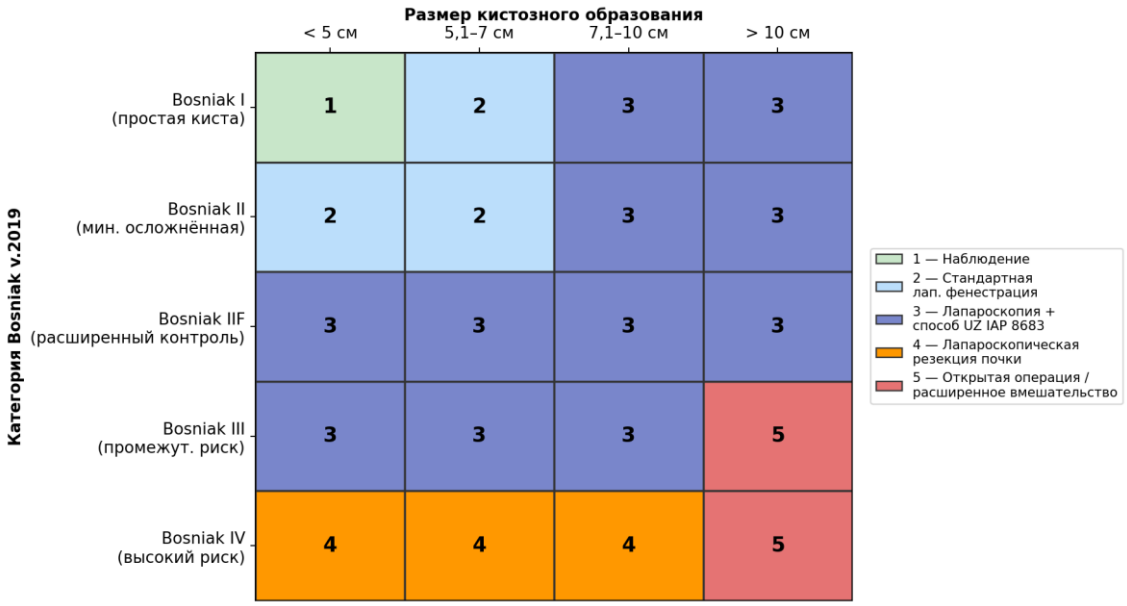


Рис. 3. Матрица дифференциального выбора хирургической тактики в зависимости от категории по классификации Bosniak и размера кистозного образования. Тактические варианты: 1 – динамическое наблюдение; 2 – стандартная лапароскопическая фенестрация; 3 – лапароскопия с эндовизуальной ревизией остаточной полости (способ UZ IAP 8683); 4 – лапароскопическая резекция почки; 5 – открытая расширенная операция.

Матрица обеспечивает воспроизводимость клинических решений и облегчает их принятие врачами различного уровня подготовки.

Как видно из матрицы, доминирующим вариантом является лапароскопия с эндовизуальной ревизией остаточной полости кисты, охватывающая большинство комбинаций категорий Bosniak и размеров образования. Стандартная лапароскопическая фенестрация без дополнительной эндовизуальной ревизии показана при простых кистах категорий Bosniak I и II малого и среднего размера, когда риск скрытого сообщения с чашечно-лоханочной системой (ЧЛС) минимален. Лапароскопическая резекция почки применяется при кистозных вариантах почечно-клеточного рака категории Bosniak IV, а расширенная открытая операция – при гигантских образованиях диаметром более 10 см, а также при подтверждённых злокачественных процессах категорий III–IV размером более 10 см, требующих расширенного онкологического подхода.

Клиническая проверка алгоритма. Алгоритм проверен путём ретроспективного применения к результатам хирургического лечения 160 больных исследуемой когорты. Совпадение фактически применённой тактики с рекомендациями алгоритма зарегистрировано у 87,5% (140 из 160) больных. Несовпадение отмечено преимущественно у больных, оперированных в начальный период освоения усовершенствованных лапароскопических методик, когда показания к интраоперационной эндовизуальной ревизии остаточной полости кисты ещё не были систематизированы. В подгруппе с несовпадением фактической тактики и рекомендаций алгоритма частота послеоперационных осложнений и отдалённых рецидивов была выше, что подтверждает целесообразность строгого соблюдения алгоритма.

Распределение хирургического доступа в зависимости от размера кистозного образования представлено на рис. 4. Во всех размерных диапазонах преобладал лапароскопический доступ, что отражает современную тенденцию к малоинвазивной хирургии кистозной патологии почек. Вместе с тем доля традиционного открытого доступа возрастала с увеличением размера образования (от 40,5% при кистах менее 5 см до 45,5% при кистах более 10 см), что соответствует матрице тактических решений и отражает технические ограничения лапароскопии при гигантских кистах.

Применение алгоритма при отдельных клинических категориях больных. У больных с простыми кистами категорий Bosniak I и II небольшого и среднего размера (до 7 см) при отсутствии клинически значимых проявлений предпочтительно динамическое наблюдение с контрольным ультразвуковым исследованием каждые 12 месяцев. При появлении клинических проявлений или увеличении размера кисты в динамике показана стандартная лапароскопическая фенестрация без обязательной эндовизуальной ревизии остаточной полости.

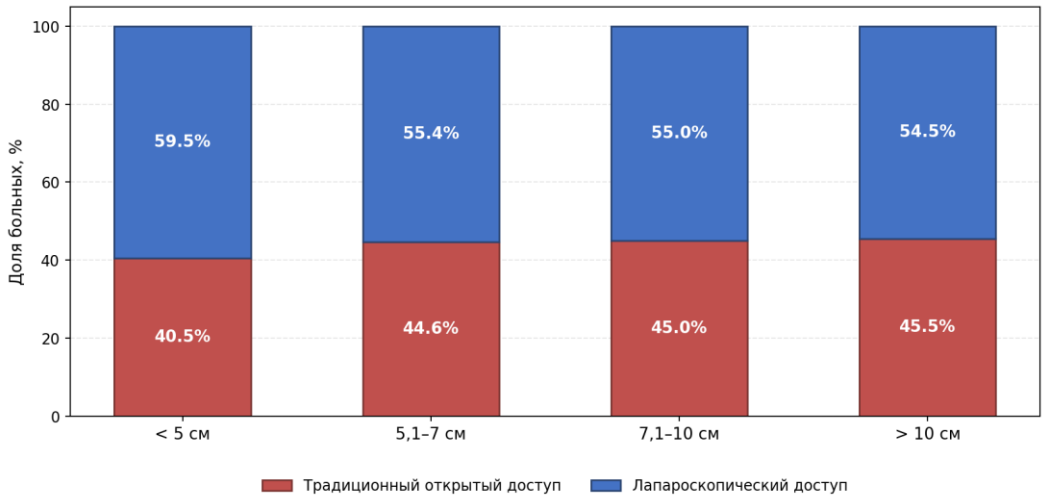


Рис. 4. Распределение выбранного хирургического доступа в зависимости от размера кистозного образования в исследуемой когорте больных. Возрастание доли традиционного открытого доступа с увеличением размера образования отражает технические ограничения лапароскопической хирургии при гигантских кистах.

У больных с осложнёнными кистами категорий Bosniak IIF и III среднего и крупного размера, а также при парапельвикальной локализации кисты независимо от её размера обязательна лапароскопическая кистэктомия с интраоперационной эндовизуальной ревизией остаточной полости. Эта тактика обеспечивает интраоперационную верификацию возможного сообщения остаточной полости с ЧЛС, своевременное выявление подозрительных пристеночных изменений, требующих морфологической верификации, и прицельную коррекцию выявленных находок.

При кистозных образованиях категории Bosniak IV, характеризующихся высоким онкологическим риском и наличием солидных компонентов с контрастным усилением, показана лапароскопическая резекция почки с соблюдением принципов онкологической радикальности. При гигантских образованиях диаметром более 10 см, а также при подтверждённых злокачественных процессах категорий III–IV размером более 10 см показана расширенная открытая операция, обеспечивающая широкий операционный обзор и возможность расширенных онкологических манипуляций.

Особую категорию составляют больные с рецидивными кистами после ранее выполненных пункционных или хирургических вмешательств. У них выбор тактики требует учёта изменённой анатомии околопочечной клетчатки и рубцовых изменений в зоне предшествующего вмешательства. Предпочтительна лапароскопическая кистэктомия с обязательной интраоперационной эндовизуальной ревизией остаточной полости, обеспечивающая полное иссечение стенки кисты и объективную оценку адекватности вмешательства, что снижает риск повторного рецидива и потребность в повторных операциях.

Специфические клинические ситуации. У больных пожилого и старческого возраста при принятии решений учитываются не только медицинские показания к операции, но и ожидаемая продолжительность жизни, качество жизни и потенциальные последствия послеоперационных осложнений с учётом функциональных резервов сердечно-сосудистой и дыхательной систем. При простых кистах категорий Bosniak I и II без клинически значимых проявлений у этих больных предпочтение отдаётся динамическому наблюдению, а при показаниях к хирургическому лечению – лапароскопическим методикам, обеспечивающим минимальную операционную травму и быструю реабилитацию.

У больных с сопутствующей соматической патологией необходимы тщательная предоперационная подготовка и мультидисциплинарный подход. При клинически значимой патологии сердечно-сосудистой, дыхательной и эндокринной систем обязательны консультации профильных специалистов (кардиолога, пульмонолога, эндокринолога) с оценкой периоперационных рисков и планированием анестезиологической тактики. При относительных противопоказаниях к карбоксиперитонеуму с внутрибрюшным давлением 12 мм рт. ст. и длительному положению больного на боку возможно снижение внутрибрюшного давления до 8–10 мм рт. ст. с более пологим наклоном операционного стола, что обеспечивает адекватную визуализацию при меньшем воздействии на сердечно-сосудистую систему.

У больных с сочетанной патологией мочевыделительной системы (мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит, аномалии

развития почек) требуется индивидуальный подход к последовательности лечебных мероприятий. При сочетании кисты почки с активной мочекаменной болезнью приоритетом является устранение активного мочекаменного процесса с последующим этапным лечением кистозной патологии. При стабильном течении сопутствующей патологии возможно сочетанное вмешательство, сокращающее общие сроки лечения и суммарную операционную травму. Эти особенности подтверждают универсальность и адаптивность алгоритма.

Обсуждение. Разработанный алгоритм представляет систематизированный подход к принятию клинических решений, учитывающий клинико-морфологическую гетерогенность кистозной патологии почек и современные технические возможности малоинвазивной урологии. Систематизация восьми ключевых клинико-лучевых предикторов повышает объективность выбора хирургического доступа, уменьшает субъективную составляющую решения и облегчает принятие тактических решений урологами различного уровня подготовки.

Двухэтапная структура алгоритма представляет новый подход к организации лечебного процесса при кистозных новообразованиях почек. Объективный интраоперационный диагностико-функциональный контроль позволяет корригировать хирургическую тактику по непосредственным находкам в зоне операции. Именно такой подход позволил у 44,4% (40 из 90) больных основной группы выявить клинически значимые интраоперационные находки, потребовавшие коррекции стандартной тактики, и своевременно выполнить дополнительные манипуляции для предотвращения послеоперационных осложнений.

Матрица тактических решений «категория Bosniak – размер образования» является удобным практическим инструментом для повседневной работы уролога: она позволяет быстро определить оптимальную тактику для конкретной клинической ситуации и снижает риск как избыточно активной тактики при доброкачественных образованиях, так и недостаточно активной – при потенциально злокачественных. Ретроспективная проверка алгоритма на исследуемой когорте подтвердила обоснованность разработанного подхода.

Систематизированные алгоритмы выбора хирургической тактики при кистозных новообразованиях почек, охватывающие весь спектр клинических ситуаций и объединяющие клинико-лучевые предикторы с интраоперационными критериями, представлены в литературе весьма ограниченно. Большинство опубликованных рекомендаций касаются выбора метода при отдельных клинических ситуациях (простые, парапельвикальные, гигантские кисты) без интеграции в единый алгоритм принятия решений. Разработанный алгоритм восполняет этот научно-практический пробел.

Практическая значимость внедрения алгоритма в работу урологических отделений многопрофильных стационаров Республики Узбекистан определяется несколькими аспектами. Стандартизация клинических решений обеспечивает воспроизводимость результатов лечения независимо от индивидуального опыта хирурга и возможность объективного сравнения результатов разных урологических центров. Включение объективных интраоперационных диагностических критериев повышает эффективность лечения и снижает частоту послеоперационных осложнений и рецидивов. Стандартизированный алгоритм облегчает обучение молодых урологов и распространение современных подходов к лечению кистозных новообразований почек в системе последипломного образования.

Заключение. Разработанный дифференцированный лечебно-тактический алгоритм выбора хирургического доступа при кистозных новообразованиях почек, объединяющий клинико-лучевые предикторы дооперационного планирования и критерии интраоперационного уточнения объёма вмешательства, обеспечивает воспроизводимый подход к выбору хирургической тактики и повышает обоснованность клинических решений.

Выбор оптимального хирургического доступа определяется совокупностью восьми ключевых клинико-лучевых предикторов: размера образования, категории по классификации Bosniak (версия 2019 г.), локализации, перенесённых ранее операций на органах брюшной полости, общесоматического статуса, функционального состояния почек, индекса массы тела больного и опыта хирургической бригады.

Двухэтапный алгоритм объединяет дооперационную клинико-лучевую стратификацию больных с интраоперационным уточнением объёма вмешательства по непосредственным находкам в зоне операции, что обеспечивает персонализацию хирургической тактики.

Матрица дифференциального выбора тактических решений «категория Bosniak – размер образования» является удобным практическим инструментом для уролога и снижает риск как избыточно активной, так и недостаточно активной хирургической тактики.

При ретроспективной проверке фактически применённая хирургическая тактика совпала с

рекомендациями алгоритма у 87,5% больных, что подтверждает обоснованность разработанного подхода и целесообразность его внедрения в практику урологических отделений многопрофильных стационаров.

Литература:

1. Аллазов И.С., Аллазов С.А. Кистозные новообразования почек (обзор литературы) // Journal of Biomedicine and Practice. 2024. Т. 9, № 5. С. 447–457.
2. Аллазов С.А. Классификация, диагностика и лечение кистозных новообразований почек // Биология ва тиббиёт муаммолари. 2025. № 3(161). С. 207–209.
3. Аюбов Б.А. и др. Динамика результатов лечения урологических заболеваний лапароскопическим методом // Медицина и инновации. 2021. Т. 1, № 3. С. 199–206.
4. Кадыров К., Наджимитдинов Я.С. Эффективность ретроперитонеоскопической декортикации кист почек // Урологические ведомости. 2019. Т. 9, № 1S. С. 42–43.
5. Мухтаров Ш.Т., Акилов Ф.А., Мирхамидов Д.Х., Аюбов Б.А. Оценка эффективности ретроперитонеоскопической кистэктомии почки // Вестник урологии. 2019. Т. 7, № 4. С. 5–12.
6. Наджимитдинов Я.С., Номанов А.А. Сравнительная оценка результатов открытых и ретроперитонеоскопических вмешательств при простых кистах почек // Молодой учёный. 2021. № 2(344). С. 232–234.
7. Ризаев Ж.А., Гадаев А.Г., Абдувакилов Ж.У. Состояние стоматологического здоровья у больных с хроническим болезням почек // Теоретические и практические проблемы образовательной системы при подготовке высококвалифицированных стоматологов. Ташкент, 2017. С. 779–780.
8. Ризаев Ж.А., Хусанбаева Ф.А. Проверка эффективности предложенной схемы лечения стоматологических заболеваний у пациентов с хронической болезнью почек // Journal of Reproductive Health and Uro-Nephrology Research. 2022. С. 54.
9. Хусанбаева Ф.А., Ризаев Ж.А. Эффективность лечения стоматологических заболеваний у больных хронический болезнями почек // Санкт-Петербургский медико-социальный институт. 2022. № 1. С. 21.
10. Atug F., Burgess S.V., Ruiz-Deya G., et al. Long-term durability of laparoscopic decortication of symptomatic renal cysts // Urology. 2006. Vol. 68, № 2. P. 272–275.
11. Bosniak M.A. The current radiological approach to renal cysts // Radiology. 1986. Vol. 158, № 1. P. 1–10.
12. Israel G.M., Bosniak M.A. An update of the Bosniak renal cyst classification system // Urology. 2005. Vol. 66, № 3. P. 484–488.
13. Nalagatla S., Manson R., McLennan R., Somani B.K., Aboumarzouk O.M. Laparoscopic decortication of simple renal cysts: a systematic review and meta-analysis // Urologia Internationalis. 2019. Vol. 103, № 2. P. 235–241.
14. Salagierski M., Salagierski M.S., Salagierska-Barwinska A., Sosnowski M. Effectiveness of laparoscopic decortication of symptomatic renal cysts: 8 years of experience // Central European Journal of Urology. 2011. Vol. 64, № 2. P. 79–82.
15. Silverman S.G., Pedrosa I., Ellis J.H., et al. Bosniak classification of cystic renal masses, version 2019 // Radiology. 2019. Vol. 292, № 2. P. 475–488.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ЛЕЧЕБНО-ТАКТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ КИСТОЗНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ПОЧЕК В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ УРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Аллазов И.С., Аллазов С.А., Абдураҳмонов Д.Ш.

Резюме. *Выбор хирургического доступа при кистозных новообразованиях почек между традиционным открытым и усовершенствованным лапароскопическим методами остаётся дискутабельным и требует систематизированного подхода к принятию клинических решений. Цель исследования: разработать и научно обосновать дифференцированный лечебно-тактический алгоритм выбора хирургического доступа при кистозных новообразованиях почек. Материал и методы: проанализированы результаты хирургического лечения 160 больных с кистозными новообразованиями почек за 2018–2024 гг.; контрольную группу составили 70 больных, оперированных традиционным открытым доступом, основную – 90 больных, оперированных лапароскопически. Систематизированы клинико-лучевые предикторы выбора доступа, разработаны двухэтапный алгоритм принятия решений и матрица тактических решений «категория Bosniak – размер образования». Результаты: определены восемь ключевых клинико-лучевых предикторов выбора хирургического доступа. Алгоритм включает дооперационный выбор доступа и интраоперационное уточнение объёма вмешательства; матрица охватывает пять вариантов тактики – от динамического наблюдения до открытой расширенной операции. Интраоперационная эндовизуальная ревизия выявила клинически значимые находки, потребовавшие коррекции тактики, у 44,4% больных основной группы. При ретроспективной проверке фактически применённая тактика совпала с рекомендациями алгоритма у 87,5% больных. Заключение: разработанный алгоритм обеспечивает воспроизводимый подход к выбору хирургической тактики при кистозных новообразованиях почек и повышает обоснованность клинических решений.*

Ключевые слова: *кистозные новообразования почек, дифференцированный алгоритм, хирургическая тактика, клинико-лучевые предикторы, классификация Bosniak.*