

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

Микробиом
урогенитального тракта.
Взгляд молекулярного
биолога

Перспективные
направления диагностики
и лечения мужского
бесплодия

Киста почки.
Клинические
рекомендации

ТЕМА НОМЕРА:

**БЕРШАДСКИЙ АРТЕМ
ВАЛЕРЬЕВИЧ: ДЕТСКАЯ
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ УРОЛОГИЯ**



ОМНИК ОКАС

Всегда рядом.
Всегда под контролем!



- ✓ **Контроль симптомов 24/7**
(при постоянном приеме)¹
- ✓ **Контроль рисков** ортостатической гипотонии и нарушения эякуляции
(среди селективных ААБ)²
- ✓ **Контроль качества жизни** —
нет зависимости от приема пищи,
антигипертензивных средств,
времени суток³

На правах рекламы
МАТ-РУ-ТОС-02-2025-ОНР-000056
Информация для специалистов
здравоохранения
ООО «Астеллас Фарма Продакшен»
109147, Россия, Москва, ул.
Марксистская, д. 16
Тел.: +7 (495) 737-07-56

¹ Djavan B. et al. The Impact of Tamsulosin Oral Controlled Absorption System (OCAS) on Nocturia and the Quality of Sleep: Preliminary Results of a Pilot Study. Eur Urol Suppl. 2005;4(2):61-68.
² Chapple CR et al. Tamsulosin Oral Controlled Absorption System (OCAS) in Patients with Lower Urinary Tract Symptoms Suggestive of Benign Prostatic Hyperplasia (LUTS/BPH): Efficacy and Tolerability in a Placebo and Active Comparator Controlled Phase 3a Study. Eur Urol Suppl 2005; 4: 33-44 Michel MC. et al. Cardiovascular Safety of the Oral Controlled Absorption System (OCAS) Formulation of Tamsulosin Compared to the Modified Release (MR) Formulation. Eur Urol Suppl 2005; 4: 53-60.
³ Инструкция по медицинскому применению препарата Омник ОКАС доступна на сайте <https://girls.rosminzdrav.ru/Default.aspx>

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА





Тема номера:

- > Детская функциональная урология. Лекции 2
- » Микробиом урогенитального тракта.
Взгляд молекулярного биолога 12
- » Перспективные направления диагностики и лечения мужского
бесплодия 15
- » Современные подходы к лечению преждевременной эякуляции:
от диагностики к персонализированной терапии 18
- » Лучевой цистит: современные представления,
диагностика и лечение 24
- » Киста почки. Клинические рекомендации 29

Детская функциональная урология. Лекции



Бершадский А.В.

К.м.н., нейроуролог, реабилитолог, консультант реабилитационных центров г. Екатеринбурга, руководитель лаборатории нейроурологии медицинского центра УГМК-Здоровье, Екатеринбург

Выступление Бершадского Артема Валерьевича обобщило современные представления о нейрофизиологическом механизме

и этапах созревания регуляции мочеиспускания у детей.

В докладе были рассмотрены анатомо-функциональные компоненты центральных и периферических структур, их роль в формировании адекватного поведения при накоплении и опорожнении мочевого пузыря, а также возрастные нормы уродинамических показателей. Особое внимание уделено влиянию корковых и лимбических структур на эмоциональную составляющую акта мочеиспускания, социально-поведенческим аспектам приучения к туалету, а также даются практические рекомендации по дифференциальной диагностике уродинамических вариантов нормы и патологических состояний.

ЧАСТЬ 1. НЕЙРОГЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ

Известно, что функциональная урология занимается диагностикой и лечением нарушений мочеиспускания, не связанных с анатомическими дефектами мочевыделительной системы, таких как дневное и ночное недержание мочи, гиперактивный мочевой пузырь, гипотония детрузора и затруднения мочеиспускания.

Нейроурология фокусируется на расстройствах мочеиспускания при поражениях нервной системы (врожденных и приобретенных), с обязательной оценкой регуляции акта мочеиспускания и профилактикой повреждений верхних мочевых путей.

Терминология и классификация

• **Гиперактивный мочевой пузырь** – синдром, включающий учащение мочеиспускания, императивные позывы, эпизоды недержания и/или ночное мочеиспускание; важно уточнять комбинацию симптомов, поскольку патогенетически, например, ночная полиурия и гиперактивность требуют разных подходов.

• **Гипотония детрузора** – снижение сократительной функции детрузора, проявляющееся неполной эвакуацией, слабым напором струи и необходимостью натуживания; диагноз устанавливается уродинамически.

• **Дисфункциональное мочеиспускание** – нарушение координации сократительной активности детрузора и сфинктера, приводящее к задержке или неполному опорожнению пузыря.

• **Нейрогенная дисфункция нижних мочевых путей** – все формы нарушения регуляции мочеиспускания при поражении нервной системы, включая супрасакральные (часто с детрузорной гиперактивностью) и инфраспинальные паттерны.

Педиатрические термины ICS

• **Приходящая задержка мочи у новорожденных** – задержка мочеиспускания в первые сутки жизни из-за незрелости центров контроля.

• **Периодический младенческий мочевой пузырь** – нерегулярные эпизоды наполнения и опорожнения у детей до 3 лет.

• **Младенческий мочевой пузырь** – отсутствие полного сфинктерного контроля и нерегулярные детрузорные сокращения до 3 лет.

• **Функциональная задержка мочи** – неспособность добровольно инициировать мочеиспускание без механических препятствий; требует неврологической и уродинамической верификации.

• **Нейрогенная гиперактивность детрузора** – неконтролируемые сокращения детрузора, выявляемые только при уродинамическом исследовании.

• **Автономная дизрефлексия** – опасное состояние при поражении выше Th6–Th8, характеризующееся внезапным подъемом АД в ответ на раздражение пузыря или прямой кишки. ■

- **Фаза спинального шока** – период атонии пузыря после острой травмы спинного мозга, продолжающийся от 2 недель до 6 месяцев.
- **Giggle incontinence (смеховая инконтиненция)** – недержание при смехе при отсутствии других нарушений мочеиспускания; требует психоневрологической и уродинамической оценки.

Патофизиология

Регуляция мочеиспускания базируется на взаимодействии спинальных (крестцовые сегменты и ядро Онуфровича), pontinных (центр Баррингтона), подкорковых и корковых структур. Поражение любого уровня ведет к специфическим нарушениям:

- **Супрасакральные поражения** часто сопровождаются детрузорной гиперактивностью и диссинергией сфинктера.
- **Инфраспинальные поражения** – снижение детрузорного тонуса и атрофия мышечного слоя пузыря.
- **Спинальный шок** временно лишает всех рефлексов мочеиспускания.
- **Автономная дизрефлексия** – выброс вегетативных рефлексов при наполнении пузыря, угрожающее жизни состояние.

Диагностический алгоритм

1. **Клинический анамнез и дневники мочеиспускания** – фиксируют объем жидкости, частоту, позывы, эпизоды недержания.
2. **Неврологический осмотр** – оценка тазовых рефлексов (ишиокавернозный, анальный), определение уровня поражения спинного мозга.
3. **Уродинамические исследования** – цистометрия, урофлоуметрия, остаточный объем; видеоуродинамика при необходимости.
4. **Инструментальные методы** – УЗИ мочевого пузыря и верхних путей, МРТ спинного мозга для подтверждения спинальных аномалий.
5. **Дополнительные тесты** – электроэнцефалография при подозрении на эпилептоидную активность (смеховая инконтиненция), генетические исследования при редких синдромах.



Обзор клинических рекомендаций

• **Российские (2015):** акцент на доступных методах (цистометрия, УЗИ), четкое разделение функциональной урологии и нейроурологии, внимание к инфекционным осложнениям (ИМП как проявление дисфункции).

• **Европейские:** расширенный спектр нейрофизиологических исследований (МРТ, рефлекторные тесты), включение ботулинотерапии и сакральной нейромодуляции, персонализированная медицина.

• **Американские (Campbell–Walsh):** фокус на видеоуродинамике, реконструктивных операциях и нейростимуляции; объединяют все нейрогенные ЛПД в единую концепцию.

• **ICS:** стандартная терминология, включая детские особенности, обязательство уточнять каждый симптом при постановке диагноза.

Лечение и наблюдение

1. **Поведенческая терапия** – тренировочные программы, био- и нейробиофидбек, когнитивно-поведенческие методики при психогенных нарушениях.

2. **Медикаментозная терапия** – антихолинергические, β_3 -адреномиметики, ингибиторы ФДЭ-5 при эякуляторных расстройствах.

3. **Катетеризация** – периодическая (чистая или стерильная) и постоянная, аппендикостомия/Митрофановская утка для затрудненной катетеризации.

4. **Нейромодуляция и ботулинотерапия** – сакральная стимуляция, ботулотоксин в детрузор при высоком давлении и рефлюксе.

5. **Хирургические методы** – анти-рефлюксные операции, реконструктивные вмешательства при пузырно-мочеточниковом рефлюксе или экстрофии.

Наблюдение предусматривает пожизненное ведение нейроурологических пациентов, регулярный мониторинг верхних мочевых путей, МРТ по показаниям и коррекцию терапии при осложнениях.

Мультидисциплинарный подход

Эффективное ведение детей с нейрогенными и функциональными ЛПД требует команды специалистов: педиатра, уролога, невролога, реабилитолога, ■



психолога, социального работника и при необходимости нейрохирурга и ортопеда.

Перспективы

- **Интеграция искусственного интеллекта** для персонализированных рекомендаций и анализа больших когорт пациентов.
- **Генетическая диагностика** при наследственных и прогрессирующих нейроурологических синдромах.
- **Дополнительные малоинвазивные методы** нейромодуляции и биотехнологические подходы к восстановлению нервной регуляции.

Систематизация терминологии и унификация подходов на основе российских, европейских и американских рекомендаций позволяет выстроить последовательный алгоритм диагностики и лечения нейрогенных и функциональных расстройств мочеиспускания у детей. Мультидисциплинарная работа, расширенная инструментальная база и внедрение новых технологий обещают улучшить прогноз и качество жизни пациентов.

ЧАСТЬ 2. ОТ ПОДГУЗНИКА ДО ПИССУАРА. СОЗРЕВАНИЕ МОЧЕИСПУСКАНИЯ И ВОЗМОЖНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Введение

Мочеиспускание у детей представляет собой результат сложной многослойной нейробиологической координации, включающей спинальные, мостовые, подкорковые и корковые центры. Понимание этапов созревания этой системы критически важно для точной диагностики энуреза, дисфункциональных расстройств мочеиспускания и нейрогенного мочевого пузыря.

Несмотря на наличие возрастных норм и схем развития, часто наблюдаются «серые зоны», мешающие клиницистам правильно интерпретировать уродинамические данные и поведенческие проявления.



Нейроанатомия и основные центры регуляции

1. Спинальные и мостовые рефлексy

- Рефлекторный акт мочеиспускания инициируется механорецепторами в стенке пузыря и опосредуется тазовыми афферентами, сегментируясь в крестцовых сегментах спинного мозга.

- Ядро Онуфровича (Onuf's nucleus) в сакральных сегментах отвечает за удержание мочи, контролируя внешний сфинктер уретры; медиаторы – серотонин, норадреналин, глутамат.

2. Центр Баррингтона (Barrington's nucleus)

- Расположен в мосту моста (pons) и координирует синергию детрузора и сфинктера:

1. Ингибирует пудендальный нерв (расслабление внешнего сфинктера).
2. Подавляет симпатическую активность (открытие шейки пузыря).
3. Активирует парасимпатическую систему (сокращение детрузора).

3. Подкорковые и корковые структуры

- **Префронтальная кора** – обеспечивает осознанное подавление акта мочеиспускания в неподходящей обстановке.

- **Поясная извилина (часть лимбической системы)** – формирует эмоциональную окраску позыва (дискомфорт, срочность).

- **Гипоталамус** регулирует вегетативные компоненты, модулирует передачу сигналов между эмоциональными ядрами и центром Баррингтона.

Этапы созревания контроля мочеиспускания

Новорожденный и младенец (0–12 мес.)

- Мочеиспускание – преимущественно спинально-понтно-кортикальный рефлекс, инициируется при критическом давлении ($\approx 10\text{--}60$ мл объема пузыря) без коркового участия.

- Частые эпизоды прерывистой струи и остаточной мочи (до 5 мл) – вариант нормы. ■

- Максимальное детрузорное давление может достигать у мальчиков 100-120 см H₂O, у девочек – около 72 см H₂O.

Раннее детство (1–2 года)

- Появляется обязательный компонент пробуждения перед микцией (бодрствование или легкое пробуждение EEG).
- Снижается частота прерывистой струи и остаточной мочи, что отражает вовлечение корковых тормозящих механизмов.
- Объем пузыря растет до: $30 + \text{возраст (лет)} \times 30$ мл (принятая формула), но со значительными индивидуальными вариациями.

Младший возраст (2–4 года)

- Установление произвольного контроля: ребенок учится распознавать позы, удерживать и опорожнять пузырь в социально приемлемом месте.
- Полная координация детрузора и сфинктера становится доминирующей.
- Ночные микции у доношенных детей к 3 годам исчезают в большинстве случаев.

Дошкольный и школьный возраст (> 4 лет)

- Закрепляется устойчивый социально-поведенческий навык приучения к туалету.
- Устранение остаточной мочи и прерывистой струи.
- Суточные объемы диуреза и их распределение формируют индивидуальные параметры максимального заполнения, позволяющие уточнять стандартизованную формулу емкости пузыря на основании суточного диуреза и возраста.

Уродинамические нормы и «варианты нормы»

- **Прерывистая струя, остаточная моча, высокое давление, детрузоросфинктерная диссинергия** у детей раннего возраста не всегда являются патологией, а могут отражать этапы нормального созревания рефлекторных и корково-мозговых цепей.

- **Бессимптомные уродинамические показатели** (например, выявленная при цистометрии диссинергия без клинических симптомов) не требуют коррекции.

- При оценке **урофлоуметрии** единоразовые тесты в кабинете обладают низкой воспроизводимостью и не отражают реальных привычек мочеиспускания у ребенка.

Поведенческие и социальные аспекты приучения к туалету

Приучение к горшку требует развития не только физиологического контроля, но и целого ряда навыков:

1. Распознавание позывов.
2. Достижение горшка самостоятельно.
3. Умение раздеваться.
4. Понимание социального контекста и ролевых моделей (наблюдение за родителем).

Ненасильственные подходы (без страха и принуждения) обеспечивают формирование адекватного поведенческого паттерна и снижают риск функциональных расстройств у взрослых.

Эмоционально-психологическая регуляция

- Дисбаланс возбуждающих (ацетилхолинергических) и тормозных (ГАМК-эргических) систем при развитии может приводить к гиперактивности детрузора и проблемам с удержанием.

- Нейроизображения (fMRI) у детей с первичным моносимптомным ночным энурезом выявили недоразвитие корково-мостовых путей, нарушение интеграции позывных сигналов в префронтальной коре и передней поясной извилине.

- Эмоциональный стресс, страх наказания и тревожность усиливают влияние лимбических структур на акт мочеиспускания и могут вызывать психогенные формы дисфункции. ■

Клинические рекомендации

1. Дифференциальная диагностика

- Отделять варианты нормы (прерывистая струя, остаточная моча, высокий детрузорный тонус) от истинных нейрогенных расстройств.
- Учитывать возрастные нормы давления и емкости пузыря.

2. Уродинамическое обследование

- Использовать длительные методы (дневники мочеиспускания, суточный диурез) вместо единократной цистометрии.
- При необходимости – комбинировать цистометрию с электроэнцефалографией для оценки коркового участия.

3. Поведенческая терапия и обучение

- Поощрять ненасильственное приучение к туалету, моделирование ролевого поведения.
- Обращать внимание на эмоциональное состояние ребенка и избегать стресса при формировании навыка.

4. Медикаментозное вмешательство

- Показано лишь при органически подтвержденных нейрогенных патологиях.
- Применение седативных средств (бензодиазепины) может рассматриваться при сочетании с СДВГ-синдромом и выраженной гиперактивностью.

Заключение

Созревание контроля мочеиспускания у детей проходит через сложную последовательность рефлекторных, корково-понтоспинальных и эмоциональных механизмов.

Понимание возрастных этапов и «вариантов нормы» позволяет избежать гипердиагностики и ненужных вмешательств.

Фундаментальным остается принцип недопущения принудительных методов приучения к туалету и учет психоэмоционального состояния ребенка при формировании навыка сухости. ■

Материал подготовлен и адаптирован командой Уровейб

Видео доклада можно посмотреть тут:

Часть 1:

https://uro.tv/events/proekt_detskaya_funktsionalnaya_urologiya_neyrogenne_narusheniya_mochaispuskaniya_u_detey_standarti_dagnostiki_i_lecheniya

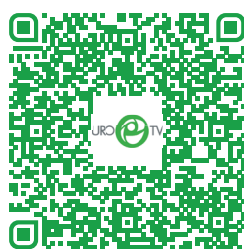
Видео-трансляция



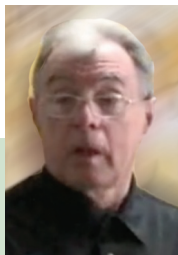
Часть 2:

https://uro.tv/events/proekt_detskaya_funktsionalnaya_urologiya_ot_podguznika_do_pissuara_sozrevanie_mochaispuskaniya_i_vozmognie_narusheniya

Видео-трансляция



Микробиом урогенитального тракта. Взгляд молекулярного биолога



Водолажский Д.И.

К.б.н., ведущий научный сотрудник лаборатории молекулярной онкологии КФУ им. В.И. Вернадского, Симферополь

В докладе Водолажского Дмитрия Игоревича представлен обзор современных представлений о микробиоме урогенитального тракта, включая его определение, методы исследования, особенности экосистемы в «стерильных» органах и перспективы клинического применения.

Введение

В своем докладе Водолажский Д.И. дал обоснование необходимости четкого разграничения терминов «микробиота» и «микробиом». Микробиота определяется как совокупность живых микроорганизмов, обитающих в конкретной среде, тогда как термин «микробиом» включает в себя не только эти организмы, но и их метаболическую активность, взаимодействие с окружением, формируя законченную экосистему.

Определения и эволюция терминологии

1. Различие микробиоты и микробиома. Международная группа экспертов (2020) предложила определение, согласно которому микробиом представляет собой динамическое сообщество микроорганизмов вместе с их средой обитания и продуктами метаболизма, а микробиота – лишь совокупность живых членов этой системы.

2. Динамический характер. Микробиом подчеркивается как изменяющаяся во времени экосистема, чувствительная к внешним и внутренним факторам, включая гормональный фон и медикаментозное воздействие.

Анализ данных PubMed показал экспоненциальный рост публикаций по терминам «микробиота» и «микробиом» с 2010 г. В 2024 г. количество статей

по микробиому урогенитального тракта достигло ≈ 700 , причем в 2025 г. тенденция сохраняется.

Микробиом урогенитального тракта

Предстательная железа

- **Историческая парадигма стерильности.** До 2018 г. было общепринято, что внутренние органы, включая простату, стерильны; исследования фокусировались на патогенных возбудителях воспаления.

- **Переосмысление.** Появление работ, демонстрирующих наличие микробных ДНК в ткани простаты, подчеркивает роль дисбиоза в канцерогенезе и воспалении, однако пока не установлено, что первично – онкологический процесс или дисбиоз.

Тестикулярная ткань

- **Гематотестикулярный барьер.** Наличие барьера делает микробную колонизацию малодинамичной и с низкой титрацией. Любые обнаруженные микроорганизмы формируют уникальную экосистему, отличную от кишечной микробиоты.

- **Влияние терапии.** Андрогенная депривация и блокаторы андрогеновых рецепторов увеличивают проницаемость барьера и могут модифицировать состав тестикулярного микробиома; антибиотики оказывают прямую токсичность на клетки Сертоли и изменяют метаболический профиль ткани.

Методы диагностики

1. **Классические методы культивирования** основываются на селективных питательных средах с низкой чувствительностью и избирательностью по отношению к микроорганизмам, способным расти в лабораторных условиях.

2. **16S rRNA-NGS** позволяет выявлять широкий спектр бактериальных таксонов, но не отражает активность микроорганизмов и страдает от ограничений «пангенома»: вариабельность геномов, горизонтальный перенос генов, плазмиды.

3. **Проблема функционального анализа.** Для оценки метаболической активности необходимы транскриптомные и протеомные исследования, что требует высоких затрат и сложной интерпретации. ■

Клинические и терапевтические перспективы

- **Модуляция микробиома** при помощи пробиотиков, пребиотиков и диетических стратегий может повысить эффективность терапии андрогенной депривации и снизить токсичность лекарств.

- **Манипуляция метаболитами** (SCFA и др.) представляет собой перспективное направление для вмешательств на уровне экосистемы тканей.

- **Необходимость крупных проспективных исследований** с группами высокого риска для выяснения причинно-следственных связей между дисбиозом урогенитального тракта и заболеваниями, включая рак простаты.

Заключение

Доклад Водолажского Д.И. подчеркивает, что органы урогенитального тракта не являются стерильными с точки зрения присутствия микробных сообществ. Современные методы исследования открывают новую парадигму – микробиологическую экосистему «внутренних» тканей.

Для ее полного понимания и клинического применения необходимы двух-этапные исследования: скрининг по 16S rRNA с последующим анализом экспрессии генов и метаболитов, а также многоцентровые контролируемые испытания с оценкой терапевтической модуляции микробиома. ■

Материал подготовлен и адаптирован командой Уровеб

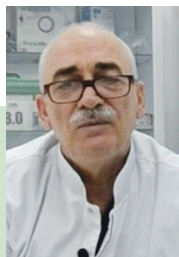
Видео доклада смотрите тут:

https://uro.tv/video/vodolagskiy_di_-_mikrobiom_uro-genitalnogo_trakta_vzglyad_molekulyarnogo_biologa

Видео-трансляция



Перспективные направления диагностики и лечения мужского бесплодия



Кадыров З.А.

Д.м.н., профессор, заведующий кафедрой эндоскопической урологии факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН, Москва

В статье представлен обзор современных подходов к диагностике мужского бесплодия: от классических факторов риска и лабораторно-инструментальных методов до новейших генетических и молекулярных маркеров, применения искусственного интеллекта и технологий сохранения фертильности.

В своем выступлении профессор Кадыров З.А. отметил, что мужской фактор составляет примерно половину случаев бесплодия у пар, что делает углубленную диагностику крайне важной в практике урологов.

Помимо привычных методов оценки сперматогенеза, таких как спермограмма и гормональный профиль, за последние годы акцент сместился на выявление дополнительных патогенетических механизмов и внедрение прецизионных технологий.

Одним из наиболее изученных и при этом все еще спорных патогенетических факторов остается **варикоцеле**. Долгое время считалось, что его коррекция не дает стабильного улучшения параметров спермы, однако современные крупные мета-анализы продемонстрировали значимый рост показателей у выборочно оперированных пациентов с исходно сниженными параметрами спермограммы. Механизмы, лежащие в основе патоспермии при варикоцеле, включают тепловой и оксидативный стрессы, венозный застой и повышенный выброс катехоламинов, а также воспалительные реакции.

Наряду с хирургическими вмешательствами большое внимание уделяется модификации образа жизни и экологическим факторам. **Курение** прочно ассоциировано со снижением концентрации и подвижности сперматозоидов, а **ожирение** – со значимым ухудшением спермограммы уже у подростков.

Хроническое воздействие **загрязняющих веществ** приводит к эпигенетическим нарушениям, в том числе модификации ДНК- и микроРНК-профиля, что усугубляет неспецифическое снижение фертильности мужчин. ■

Важное место занимает понятие **оксидативного стресса**, при котором избыточные свободные радикалы кислорода повреждают сперматозоиды и сперматогонии. Современные тесты на уровень окислительного повреждения ДНК и липидную перекисидацию позволяют выделить подгруппы пациентов, наиболее вероятно реагирующие на антиоксидантную терапию, однако стандартизация этих методов и клинические рекомендации по их использованию находятся в стадии разработки.

Шестое издание Руководства ВОЗ по анализу спермы предложило отказаться от жестких референсных значений в пользу 5-перцентильных порогов, подчеркивая многофакторность мужской фертильности и необходимость комплексного подхода. Тем не менее документ не включает новые **генетические и эпигенетические тесты** – экзомное и геномное секвенирование, анализ микроРНК и ДНК-фрагментации – ввиду недостатка данных о клинической пользе этих методов в широком применении.

В последние годы активно развиваются исследования **генетических маркеров** мужского бесплодия. Выделены группы генов, ассоциированных с необструктивной азооспермией, и предложены эпигенетические биомаркеры, выявляемые в семенной плазме и тканях яичка. Эти подходы открывают перспективу неинвазивной оценки сохранности сперматогенеза и прогнозирования успешности оперативного вмешательства.

Появление **протеомных платформ** позволило идентифицировать белковые маркеры в семенной плазме, коррелирующие с качеством спермы и наличием фертильных клеток.

Радиомические методы, сопоставляющие параметры УЗИ-текстуры яичка с результатами спермограммы и гормональной панелью, демонстрируют высокую прогностическую ценность и служат неинвазивным инструментом при планировании тестикуло-спермального анализа.

Применение **искусственного интеллекта** в урогенитальной диагностике находит все более широкое применение: модели машинного обучения успешно прогнозируют исходы варикоцелэктомии и коррелируют параметры спермы с клиническими данными. Однако недостаточность объема и стандартизации ис-

ходных медицинских данных, а также сложность валидации алгоритмов пока ограничивают их повсеместное внедрение.

Новые возможности открываются благодаря развитию **домашних тестов спермограммы**: портативные устройства, синхронизирующиеся со смартфонами, позволяют мужчинам получить базовые показатели спермы без визита в лабораторию. Высокая точность и удобство делают эти методы перспективным дополнением к традиционному обследованию.

В сфере **вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ)** идет постоянная эволюция: совершенствуются методики ИКСИ и селекции сперматозоидов, разрабатываются варианты лазерной селекции и автоматизированные плато-системы. Прогресс в криоконсервации, включая быстрый метод витрификации, расширяет возможности сохранения фертильности у пациентов с онкологическими заболеваниями и подростков.

Несмотря на значительный прогресс, большая доля мужского бесплодия остается идиопатической, что подчеркивает необходимость дальнейших исследований.

Развитие интегрированной диагностики, включающей генетические, протеомные и радиомические маркеры, совместно с мультидисциплинарным подходом и поддержкой профессиональных ассоциаций способно повысить точность постановки диагноза и эффективность терапии, сохранив здоровье и фертильный потенциал мужчин. ■

Материал подготовлен и адаптирован командой Уровеб.

Видео доклада можно посмотреть тут:

https://uro.tv/video/kadirov_zh_zh_diagnostika_v_reproduktivnykh_tekhnologiyakh

Видео-трансляция



Современные подходы к лечению преждевременной эякуляции: от диагностики к персонализированной терапии



Миркин Я.Б.

Уролог, врач высшей категории, заведующий отделением урогинекологии и нейроурологии, руководитель «Клиники урогинекологии и нейроурологии» на базе международного медицинского центра «УРО-ПРО», Краснодар

Яков Борисович Миркин – ведущий российский уролог, директор по научной работе сети клиник «УРО-ПРО», заведующий отделением нейроурологии, активно разрабатывающий собственные фармацевтические и терапевтические решения на основе клинических потребностей.

В его практике ярко проявляется принцип «от врача – к разработчику – к пациенту»: идеи, почерпнутые на международных конгрессах, воплощаются в прототипах препаратов и устройств, которые тут же испытываются в клинике.

В рамках авторской программы «Клинические случаи в нейроурологии» Яков Борисович ответил на вопросы автора проекта Коршуновой Екатерины Сергеевны, а также рассказал о современных подходах к лечению преждевременной эякуляции.

Эпидемиология и клиническое значение преждевременной эякуляции

Согласно современным данным, до 30% мужчин считают свою эякуляцию преждевременной, причем точное определение «нормы» варьирует в разных популяциях от одной до семи минут от момента интравагинальной стимуляции до семяизвержения.

Различие мужских и женских ожиданий усугубляет проблему: если женщине для достижения оргазма может потребоваться 15–20 мин, мужчинам зачастую достаточно 5–7 мин интравагинальной активности.

Преждевременная эякуляция не только влияет на качество жизни и самооценку мужчины, но и сопряжена с конфликтами в паре и даже утратой доверия.

Патофизиологические основы эякуляции

Эякуляция управляется комплексом спинальных рефлексов и корковых механизмов, причем скорость «накопления» сексуального возбуждения зависит от чувствительности дорсального нерва полового члена и «плато» – периода интравагинальной задержки семяизвержения.

Укороченное плато (< 3 мин) расценивается как признак дисфункции, однако границы нормы остаются индивидуальными и должны оцениваться в контексте жизненных обстоятельств и предпочтений пациента и партнерши.

Диагностические подходы

Яков Борисович отметил важность объективных тестов для выбора оптимальной терапии. **Биотезиометрия**, измеряющая вибрационную чувствительность, и определение латентности бульбокавернозного рефлекса служат предикторами эффективности донервационных вмешательств.

БИОТЕЗИОМЕТРИЯ



Рис. 1. Биотезиометрия

Предоперационная селективная блокада долгодействующим анестетиком позволяет прогнозировать, насколько снизится чувствительность и как это скажется на продолжительности акта. ■

Терапевтические стратегии

Поведенческие и фармакологические методы

Пациентам с умеренной формой преждевременной эякуляции рекомендуют техники «старт-стоп» и «сжатие», а также селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (дабоксетин), хотя последний из-за побочных эффектов применяется нечасто.

Селективная дорсальная нейротомия

**Селективная
дорсальная
нейротомия:
Нейротмезис**
= **необратимость**

- ☐ Необратимая
гипоэстезия/анестезия
- ☐ Мозаичная
чувствительность
- ☐ Формирование невром

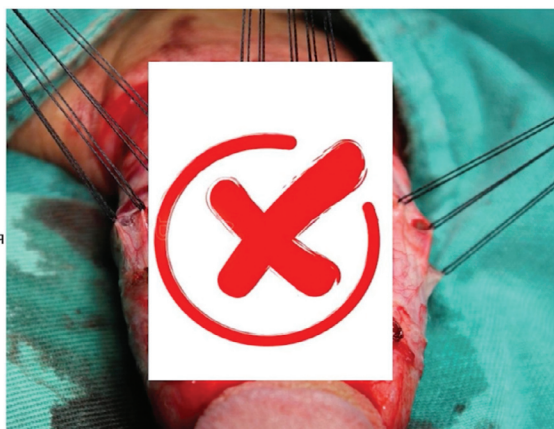


Рис. 2. Селективная дорсальная нейротомия

Классическая операция, предусматривающая пересечение волокон дорсального нерва полового члена, обеспечивает стойкое снижение чувствительности, но связана с риском необратимой гипоэстезии и утратой эрекции. Миркин приводит клинический случай молодого пациента, у которого вследствие чрезмерной нейротомии пропала и чувствительность, и эрекция, потребовавшие год специализированной терапии.

Криоабляция дорсального нерва

Замораживание нерва при температуре $-78 \dots -80^{\circ}\text{C}$ создает ледяной «шар», разрушающий аксональные волокна, с последующим восстановлением чувстви-

тельности на 5–6 месяцев. Метод безопасен при использовании закругленных криозондов и позволяет пациенту оценить эффект уже на следующий день. ■

СЕЛЕКТИВНАЯ МАЛОИНВАЗИВНАЯ КРИОАБЛАЦИЯ НЕРВОВ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

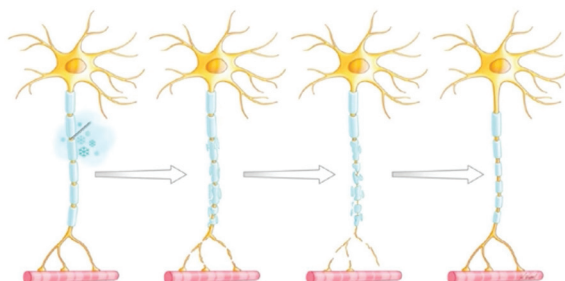


Рис. 3. После воздействия низкой температуры на сенсорный нерв развивается т.н. аксономезис – повреждение миелина без разрушения соединительнотканной стромы нерва. В дальнейшем вдоль этой стромы происходит регенерация нерва



Рис. 4. Замораживание нерва при температуре $-78 \dots -80^\circ\text{C}$ создает ледяной «шар»



Рис. 5. Селективная малоинвазивная криоабляция сенсорных нервов полового члена. Проведение игольчатого криозонда через кожу пениса

Радиочастотная нейротомия

При воздействии на дорсальный нерв высокочастотным током (+55 °С, 360 с) достигается более стойкая денервация без хирургического рассечения тканей. Миркин Я.Б. ведет разработку протокола селективной радиочастотной абляции, позволяющего поэтапно «дозировать» степень нервного повреждения и оперативно тестировать эффект.

ПРОТОКОЛ «УРО-ПРО»

СЕЛЕКТИВНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ НЕЙРОТОМИЯ

- ☐ 55 градусов
- ☐ 65V
- ☐ 360 секунд

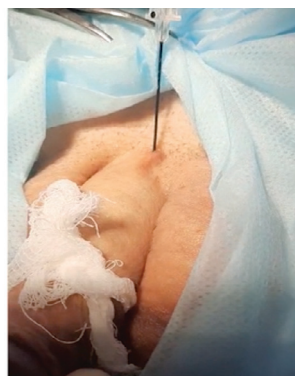


Рис. 6. Селективная дорсальная нейротомия

Ботулинотерапия

Инъекции ботулотоксина в бульбо-спонгиозную мышцу (по 50 ЕД с каждой стороны) вызывают временное мышечное расслабление и снижают реф-



Рис. 7. Ботулинотерапия

латорную эякуляцию. Побочные эффекты редки и обратимы, однако дозозависимость и оптимальный объем инъекции требуют дальнейшего изучения.

Нейромодуляция

Накожные электростимуляторы (ТЕНС, импульсная стимуляция крестцово-тибиального нерва или дорсального нерва полового члена) обеспечивают центральное и периферическое торможение эякуляторного рефлекса. Миркин упоминает как собственную разработку российского одноразового стимулятора для применения на основании члена, так и зарубежные решения, протестированные в клинической практике.

Перспективы метода

Опыт сети «УРО-ПРО» демонстрирует эффективность малоинвазивных методов лечения преждевременной эякуляции с приводом к 90%-му уровню успеха и минимальным риском осложнений.

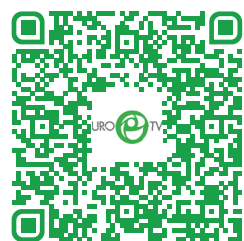
Ключевыми направлениями дальнейших исследований являются стандартизация протоколов крио- и радиочастотной абляции, оценка дозозависимых эффектов ботулинотерапии и внедрение персонализированных нейромодуляционных устройств.

Такой мультидисциплинарный и инновационный подход позволяет урологам расширить терапевтический арсенал и улучшить качество жизни пациентов и их партнеров. ■

Материал подготовлен и адаптирован командой Уровей

Видео можно посмотреть тут:
https://uro.tv/events/klinicheskie_sluchai_v_neyrourologii_55_o_chem_ne_prinyato_govorit

Видео-трансляция



Лучевой цистит: современные представления, диагностика и лечение



Лукомник Т.А.
К.м.н., уролог, «Клиника Фомина», Тверь

Лучевой цистит остается одной из наиболее сложных и актуальных проблем в урологии, особенно в контексте онкологических заболеваний органов малого таза. Частота злокачественных новообразований на поздних стадиях, требующих лучевой терапии, растет, что неизбежно ведет к увеличению числа пациентов с лучевым поражением мочевого пузыря. Несмотря на значительный клинический опыт и разнообразие терапевтических методов, лучевой цистит часто остается тяжелым хроническим осложнением с ограниченными возможностями эффективного лечения и профилактики. В своем выступлении Лукомник Татьяна Алексеевна рассмотрела современные подходы к патогенезу, диагностике, клиническим проявлениям и стратегиям лечения лучевого цистита, а также проблемные вопросы организации помощи таким пациентам.

Частота ятрогенных лучевых поражений мочевого пузыря

В последние годы наблюдается рост заболеваемости злокачественными опухолями органов малого таза, таких как рак предстательной железы, генитальные раки у женщин (рак матки, шейки матки), рак мочевого пузыря и рак прямой кишки. Значительная доля пациентов на III–IV стадиях этих заболеваний получает лучевую терапию в качестве основного метода лечения. До половины таких случаев требуют проведения радиотерапии, что неизбежно приводит к риску поражения мочевого пузыря.

По данным различных исследований, лучевое поражение мочевого пузыря развивается у 5–80% пациентов, перенесших лучевую терапию. Наиболее



часто лучевой цистит диагностируется у мужчин, проходящих лучевое лечение рака предстательной железы – их число превосходит количество женщин с лучевыми поражениями примерно в три раза.

Патогенез и клинические проявления лучевого поражения мочевого пузыря

Лучевая терапия направлена на уничтожение опухолевых клеток посредством образования реактивных кислородных радикалов, вызывающих повреждение ДНК и мембран. Кроме того, лучевая нагрузка приводит к поражению кровеносных сосудов, снижению микроциркуляции, гипоксии и нарушению регенерации тканей мочевого пузыря. Это сопровождается хроническим воспалением, фиброзом и деградацией функциональных слоев детрузора.

В патогенезе лучевого цистита выделяют две стадии – раннюю и позднюю.

- **Ранний лучевой цистит** развивается в течение нескольких недель после терапии и характеризуется повреждением уротелиального слоя, истончением гликозаминогликанового слоя и воспалительной реакцией с расширением сосудов. Этот период часто сопровождается дизурией, частыми и болезненными мочеиспусканиями, и, как правило, симптоматика регрессирует самостоятельно в течение 2–3 месяцев.

- **Поздний лучевой цистит** развивается медленно, иногда спустя годы после лечения. На этом этапе наблюдается необратимый фиброз тканей, потеря эластичности и уменьшение объема мочевого пузыря, что приводит к тяжелым осложнениям: выраженной гематурии, формированию микроскопических кист, некрозу тканей и развитию ургентных позывов.

Классификация лучевых поражений мочевого пузыря включает формы от неосложненного воспаления до тяжелых стадий с некрозом и выраженным фиброзом, способным затрагивать мочеточники и вызывать нарушения оттока мочи с риском гидронефроза. ■

Диагностика и дифференциальный диагноз

Для врача-уролога важен тщательный сбор анамнеза с уточнением факта проведения лучевой терапии, поскольку симптомы лучевого цистита могут проявляться спустя годы и маскироваться под инфекционные или другие урологические заболевания. Важно дифференцировать лучевой цистит от бактериальных инфекций, рецидивов опухоли, а также от химически индуцированных циститов, связанных с химиотерапией.

В диагностике применяются цистоскопия, биопсия с гистологическим исследованием, инструментальные методы визуализации и лабораторные анализы. Однако отсутствие стандартных протоколов и диагностических критериев усложняет процесс.

Риск развития лучевого цистита

Риск развития лучевого цистита зависит от суммарной дозы облучения, локализации воздействия и соматического статуса пациента. Коморбидные состояния, такие как сахарный диабет, гипертония, ожирение, курение, также повышают вероятность тяжелых осложнений.

Ключевым моментом является необходимость профилактической терапии у пациентов, планирующих лучевую терапию.

Профилактика может включать внутрипузырное введение препаратов гиалуроновой кислоты и хондроитинсульфата, а также прием биологически активных добавок с противовоспалительным эффектом.

Современные подходы к лечению

Лечение лучевого цистита подразделяется на нехирургические и хирургические методы. В начальной стадии применяются лекарственные препараты для уменьшения дизурии и ургентных позывов, например солифенацин, а также поведенческая терапия – изменение диеты, исключение раздражающих продуктов и напитков.



При тяжелых формах с выраженной гематурией показана госпитализация, длительное промывание мочевого пузыря, инстилляции кровоостанавливающих средств (аминокапроновая кислота, тромбин), использование растворов гиалуроновой кислоты и миропентана.

Одним из наиболее эффективных и перспективных методов лечения тяжелых форм лучевого цистита является гипербарическая оксигенация, способствующая улучшению микроциркуляции и регенерации тканей. Однако в России и ряде регионов эта терапия ограничена по доступности и требует выработки маршрутов направления пациентов.

Хирургические вмешательства необходимы при развитии микроцистиса и осложненных формах с нарушением оттока мочи. Они включают эндоскопическую коагуляцию эрозий, лазерную терапию, формирование дериваций мочи и реконструктивные операции.

Проблемы организации медицинской помощи

Отмечается недостаточная координация между радиотерапевтами и урологами, что ведет к отсутствию профилактического информирования пациентов и несвоевременному началу реабилитационных мероприятий. Врачам первичного звена и урологам важно знать о рисках и иметь доступ к современным протоколам лечения и профилактики лучевого цистита.

Необходима разработка национальных клинических рекомендаций и алгоритмов ведения таких пациентов, учитывающих возможности амбулаторного и стационарного этапов лечения.

Фармакологические перспективы лечения лучевого цистита

Исследуются новые фармакологические препараты для защиты сосудистой стенки и иммуномодуляции, а также внедряются экспериментальные методы, например клеточная терапия для восстановления мышечного слоя мочевого пузыря. Возможности ботулинотерапии для контроля болевого синдрома ■

и лазерной терапии для улучшения состояния слизистой находятся в стадии активного изучения.

Также обсуждается использование препаратов фосфодиэстеразы типа 5 для профилактики сосудистых осложнений.

Лучевой цистит остается значимой проблемой для урологов и онкологов, вызывающей тяжелую симптоматику и существенно снижающей качество жизни пациентов. Несмотря на существующие методы лечения, вопросы профилактики и стандартизации терапии остаются открытыми.

Необходимы дальнейшие исследования, междисциплинарное сотрудничество и внедрение современных протоколов для повышения эффективности помощи пациентам с лучевыми поражениями мочевого пузыря. ■

Материал подготовлен и адаптирован командой Уровейб

*Видео можно посмотреть тут:
https://uro.tv/video/lukomnik_ta_tsaryova_av_-_luchevoy_tsistit_chast_1_vzglyad_urologa*

Видео-трансляция





Киста почки. Клинические рекомендации

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Киста почки приобретенная (синонимы: простая, солитарная, серозная, истинная, кортикальная киста) – доброкачественное, тонкостенное, объемное образование, развивающееся из почечной паренхимы и содержащее, как правило, серозную жидкость, продуцируемую оболочками самой кисты. Из всех предложенных вариантов наименований термин «простая киста» наиболее подходящий, так как подчеркивает доброкачественное течение заболевания, что представляет основную характеристику этих новообразований [1–5].

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

К основным теориям патогенеза кист почек относятся:

- Ретенционно-воспалительная – киста развивается в результате обструкции и воспаления канальцевых и мочевых протоков в период внутриутробного формирования.
- Проллиферативно-неопластическая – киста возникает вследствие избыточной пролиферации почечного эпителия (уротелия).
- Эмбриональная – киста развивается из-за дефекта соединения между фильтрационной и секреторной частями метанефронов и экскреторной ткани мезонефральных протоков (вольфов проток), в этих случаях киста возникает из:
 - зародышевых (примитивных) зачатков нефронов;
 - зародышевых канальцев, сохранившихся на уровне кистозной стадии развития; ■

- эмбриональных остатков мочеточниковых и лоханочных клеток, включенных в паренхиму.

Одним из вариантов патогенеза является возникновение микроскопической дилатации дистальных извитых канальцев или собирательных протоков, как следствие неблагоприятных условий для оттока мочи, вызванных обструкцией, и активной клубочковой секрецией выше места препятствия. Данный механизм сочетает как канальцевую окклюзию (врожденную или приобретенную), так и ишемию почечной ткани [6].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Литературные данные о частоте выявляемости простой кисты почки находятся в прямой зависимости от диагностических методов, применяемых в обследовании больных, и значительно изменились с развитием диагностических технологий. Большинство исследователей в доультразвуковую эру диагностики описывали кистозные заболевания почек как довольно редкие, тогда как те же самые авторы отмечали частое их обнаружение при аутопсиях [7–9]. С широким внедрением ультразвуковой диагностики и томографических методик (КТ, МРТ) в клиническую медицину кисты стали выявляться гораздо чаще [1, 2, 4, 5, 10, 11].

Из всех кистозных образований наиболее часто встречается простая киста, которую диагностируют у 3% взрослых больных, страдающих урологическими заболеваниями, а также обнаруживают на вскрытиях в 50% аутопсий [12]. Чаще всего простые кисты почек встречаются в возрасте 50 лет и старше, причем у мужчин чаще, чем у женщин в соотношении от 3/2 до 2/1 [3, 13, 14]. С внедрением методик КТ, в возрастной группе людей старше 50 лет кисты обнаруживаются в 33% [15].

Вопрос об увеличении количества и размеров кист остается спорным, однако многие авторы отмечают увеличение как числа, так и размеров кист с возрастом больных [16–20].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

N28.1 Киста почки приобретенная.

Q61.0 Врожденная одиночная киста почки.

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В литературе описаны более 20 различных классификаций кистозных образований почек. Одной из первых была классификация А.Я. Пытеля и Ю.А. Пытеля 1966 г., по которой все кисты разделены на врожденные и приобретенные [21]. Врожденными считаются – поликистоз почек, губчатая почка и простая киста почки. В подгруппу солитарных кист помимо, простой кисты почки, отнесены мультилокулярные кисты, парапельвикальные и дермоидные кисты. К приобретенным кистам отнесены также паразитарные и непаразитарные доброкачественные и злокачественные кистаденомы.

В классификации А.Я. Пытеля и А.Г. Пугачева 1977 г. простые кисты почек разделены на группы [22]. По этой классификации простая киста может быть врожденной, приобретенной; односторонней или двухсторонней; одиночной и множественной; серозной, геморрагической, инфицированной; интрапаренхиматозной, кортикальной, окололоханочной, сукапсулярной, мультилокулярной. Все существующие классификации не лишены недостатков и многие позиции являются спорными.

В клинической практике последних лет с целью дифференцировки кист и кистозных опухолей на основании томографических критериев используется классификация кист почек по Bosniak, впервые представленная в 1986 г., модифицированная в 1994 г. и в 2019 г. [10, 13, 15, 23]:

Категория Bosniak	Обновленная классификация Bosniak 2019	
	Для КТ	Для МРТ
I	•Тонкая (≤ 2 мм) стенка. •Жидкостное, однородное содержимое (плотностью от 0 до 20 НУ). •Отсутствие перегородок, кальцификации, солидного компонента. • Возможно увеличение плотности стенки после введения КВ	•Тонкая (≤ 2 мм) стенка. • Жидкостное, однородное содержимое (гиперинтенсивные на T2-взвешенных изображениях (ВИ), или гипоинтенсивные на T1-ВИ). •Отсутствие перегородок, кальцификации, солидного компонента. • Возможно увеличение плотности стенки после введения КВ

Категория Bosniak	Обновленная классификация Bosniak 2019	
	Для КТ	Для МРТ
II	• Кисты с единичными (≤ 3) тонкими (≤ 2 мм) перегородками. • Септа и стенки могут накапливать КВ и содержать обызвествления любых типов	
IIIF	• Гомогенные кисты с высокобелковым содержимым (плотность на нативных томограммах ≥ 70 HU). • Гомогенные не накапливающие КВ (на постконтрастных томограммах повышение плотности менее чем на 20 HU) кисты, которые могут содержать в структуре обызвествления любых типов. • Гомогенные кисты плотностью от -9 до 20 HU на бесконтрастных томограммах. • Гомогенные кисты плотностью 21–30 HU в венозную фазу контрастирования. • Гомогенные кисты слишком малых размеров, чтобы их охарактеризовать	• Гомогенные кисты с гиперинтенсивным сигналом на доконтрастных T2-ВИ (схоже с ликвором)... • Гомогенные кисты с гиперинтенсивным магнитно-резонансным сигналом на доконтрастных T1-ВИ (интенсивность магнитно-резонансного сигнала в 2,5 раза выше, чем от паренхимы почки)
III	Кистозные образования с ровной минимально утолщенной (3 мм) накапливающей КВ стенкой, или с ровной минимально утолщенной (3 мм), накапливающей КВ одной и более септой, или с множественными (≥ 4) тонкими (≤ 2 мм) перегородками, накапливающими КВ	Кистозные образования с ровной минимально утолщенной (3 мм), накапливающей КВ стенкой или с ровной минимально утолщенной (3 мм), накапливающей КВ одной и более септой или с множественными (≥ 4) тонкими (≤ 2 мм) перегородками, накапливающими КВ. Кистозное образование с неоднородным гиперинтенсивным сигналом на доконтрастных T1-ВИ с подавлением сигнала от жировой ткани
IV	Один узел или более в стенке или перегородки кисты с накоплением КВ толщиной ≥ 4 мм с тупым углом протрузии или любого размера с острым углом протрузии	

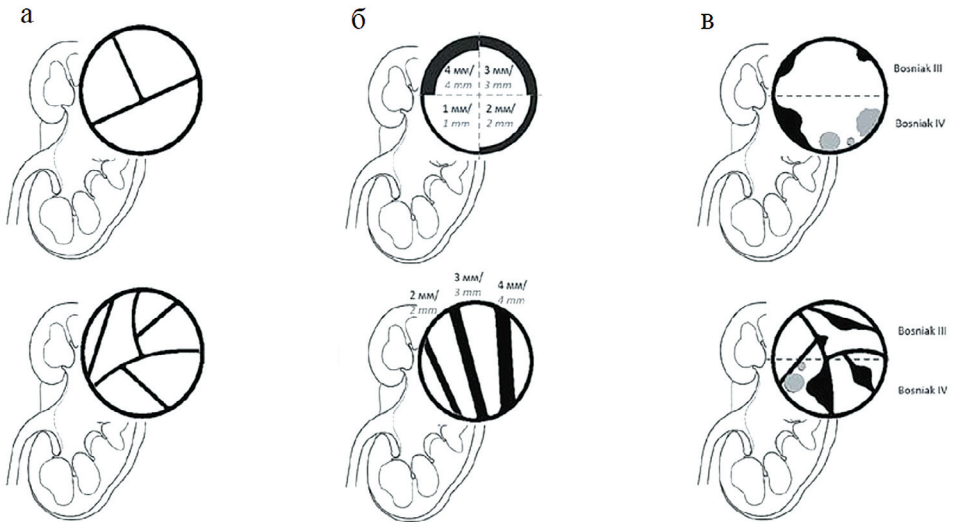


Рис. 1. Схематичное пояснение введенной уточняющей терминологии: а – единичные септы в количестве ≤ 3 , множественные – ≥ 4 ; б – тонкая перегородка или стенка толщиной ≤ 2 мм, минимально утолщенная – 3 мм, утолщенная – ≥ 4 мм; в – солидные разрастания по стенке или перегородкам кистозных образований, на схеме изображены серым цветом с острым углом протрузии, черным цветом – с тупым углом.

Эта классификация позволяет не только подразделить кистозные заболевания почек на отдельные группы, но и определить клиническую тактику при них, в том числе и наиболее приемлемый метод лечения. Необходимо отметить, что на сегодняшний день не существует никаких рандомизированных контролируемых исследований относительно критериев наблюдения и лечения кистозных образований почек и все рекомендации основаны на мнениях экспертов. Критерии доказательности присутствуют лишь при лечебно-диагностической тактике в отношении кистозных образований категории III и IV [5, 10, 11, 15].

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Киста почки приобретенная не имеет патогномоничных клинических признаков, а у 70% больных протекает бессимптомно, годами и даже десятилетиями не вызывает никаких клинических проявлений. Именно поэтому на основании только клинических симптомов ее невозможно достоверно ■

диагностировать. Нередко простую кисту случайно обнаруживают при обследовании больного по поводу заболевания, не имеющего к ней никакого отношения (патологии иных органов и систем).

К факторам риска развития приобретенных кист почек относятся следующие факторы [14, 24–33]:

- пожилой возраст;
- мужской пол;
- мочекаменная болезнь;
- курение;
- артериальная гипертензия;
- нарушение функции почек (азотемия);
- сахарный диабет;
- подагра.

Наиболее характерные симптомы кисты почки следующие:

- дискомфорт в подреберье или поясничной области*
- артериальная гипертензия*
- гематурия.

Боль и дискомфорт являются наиболее распространенными симптомами, которые чаще всего становятся причиной обращения к врачу. Прогрессирующая простая киста почки в некоторых случаях может приводить к обструкции верхних мочевыводящих путей, затруднять пассаж мочи из-за компрессии лоханки, чашечек или верхней трети мочеточника, вызывая болевой синдром. Данную симптоматику следует дифференцировать с симптомами других заболеваний (в том числе с симптомами мочекаменной болезни, дорсопатии и др.). При нагноении кисты заболевание протекает остро, с высокой температурой тела и усилением болей.

Сочетание простой кисты почки и артериальной гипертензии, которая носит транзиторный характер, встречается в 20% наблюдений. Артериальная гипертензия у больных с простой кистой почки имеет нефрогенный характер и обусловлена сдавлением кистой почечной паренхимы и следующей за ним ишемией почки. Однозначная установка простой кисты в качестве причинного фактора гипертонии во многом определяет выбор метода лечения и показания к опорожнению кисты независимо от ее локализации. После опорожнения кист



обычно происходит снижение артериального давления и нормализация концентрации ренина плазмы.

Под большим размером неосложненной кисты почки принято понимать наибольшее сечение, превышающее 3 см. Начиная с этого размера применима активная хирургическая тактика по отношению к данному заболеванию. Своевременная ликвидация кисты или ее опорожнение позволяет обезопасить функцию почки и устранить возможную симптоматику. [34–37].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Введение.

Диагностика кисты почки приобретенной связана с определенными трудностями из-за отсутствия специфических только для данного заболевания клинических проявлений, скудности субъективных симптомов заболевания, а в ряде случаев полностью асимптомным течением. Кроме того, большинство клинических симптомов кист почек имеют схожие признаки с опухолью почечной паренхимы, поликистозом почек, дермоидными и паразитарными кистами, гидронефрозом, абсцессом почки.

Критерии установления диагноза/состояния на основании:

Диагноз НГУ базируется на результатах данных изучения анамнеза, оценке результатов клинико-лабораторных исследований и выявлении этиологического агента иного, чем *Neisseria gonorrhoeae*.

Показания для проведения лабораторных исследований:

- Наличие субъективных симптомов (жалоб): уретральные выделения и/или неприятных ощущений в уретре дискомфорт в области мочеиспускательного канала.
- Клинические симптомы уретрита у мужчин.

2.1. Жалобы и анамнез

Жалобы и анамнез заболевания описаны в разделе 1.6 «Клиническая картина».

Рекомендуется сбор жалоб и анамнеза заболевания всем пациентам с кистой почки с целью определения дальнейшей тактики обследования [36]. ■

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: клинические проявления кисты почки приобретенной – скудные и неспецифичные. Больные обычно не предъявляют существенных жалоб. Больные предъявляют жалобы на периодические и постоянные тянущие боли в соответствующей половине поясницы или подреберье, без четкой иррадиации. Боли могут усиливаться при физической нагрузке. Обычно болевые ощущения проходят в покое. Больные изредка предъявляют жалобы на наличие пальпируемого образования в подреберье, ощущение дополнительного образования в брюшной полости, выявляемых при самообследовании.

Обследование начинают с подробного сбора анамнеза, жалоб, при этом обращают внимание на давность симптома, наличие болей или травмы поясничной области, а также на изменение артериального давления и наличие гематурии в анамнезе [29, 35, 36].

2.2. Физикальное обследование

Чаще всего физикальное обследование не позволяет достоверно судить о наличии простой кисты почки.

При физикальном обследовании больных с крупными размерами кист почки в соответствующих подреберьях или фланговых областях живота можно пропальпировать увеличенную или смещенную книзу почку.

В ряде случаев может быть выявлена болезненность при пальпации и положительный симптом поколачивания в поясничной области при легком постукивании рукой в области проекции почек.

При измерении артериального давления у части пациентов (20%) отмечается артериальная гипертензия.

Рекомендуется измерение АД всем пациентам с кистой почки с целью выявления артериальной гипертонии [36].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: осмотр пациента стоя и лежа в теплом помещении. Пальпацию живота необходимо проводить не только лежа на спине, но в положении на боку, с приведенными к животу ногами. ПеркуSSION и постукивание поясничных областей следует проводить в положении больного сидя или стоя, нанося



ребром руки короткие легкие постукивания в области проекции почек (реберно-позвоночный угол), поочередно справа и слева. Замеры АД необходимо проводить поочередно на обеих плечевых артериях. Данные физикального обследования позволяют выявить наличие объемного образования в подреберьях, боли в проекции почек и артериальной гипертензии.

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Изменения в лабораторных показателях неспецифичны, зачастую полностью отсутствуют.

Рекомендуется выполнять пациентам с кистой почки [34, 36]:

- *общий (клинический) анализ мочи – с целью исключения микрогематурии;*
- *анализ крови биохимический общетерапевтический – для исключения повышения азотемических показателей (исследование уровня креатинина в крови, исследование уровня мочевины в крови, скорость клубочковой фильтрации).*

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: микрогематурия довольно редкий симптом простой кисты почки, свидетельствующий о нарушениях органного кровотока и венозном полнокровии органа. Исследование уровня креатинина в крови, уровня мочевины в крови, расчет скорости клубочковой фильтрации позволяют судить о признаках сопутствующей почечной недостаточности.

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Внедрение в практику современных методов обследования (УЗИ, КТ, МРТ) позволяет в большинстве случаев установить точный диагноз.

Ультразвуковые методы диагностики

Рекомендуется выполнение УЗИ почек как основного метода первичной диагностики и скрининга у всех больных кистами почек [84, 85].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: современное представление о диагностике кист почек сводится к первоочередному использованию ультразвукового метода ввиду практически повсеместной доступности, высокой эффективности, отсутствия ■

побочных эффектов и низкой стоимости, что подтверждено результатами многолетних и многочисленных отечественных и зарубежных исследований. При УЗИ в В-режиме может быть проведена дифференциальная диагностика простых кист и осложненных кист [38, 84]. При выявлении признаков осложненной кисты почек (утолщение стенки, перегородок, солидный компонент и др.) требуется проведение компьютерной томографии почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием (А06.28.009.001) или магнитно-резонансная томография почек с контрастированием (А05.28.002.001) с описанием выявленных изменений по Bosniak [39]. Ультразвуковое исследование с контрастным усилением также может быть использовано для характеристики кистозных образований почек по Bosniak [84, 85].

Компьютерная томография

Золотым стандартом диагностики кист почек является компьютерная томография почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием. Метод позволяет не только выявлять кистозные образования, но и проводить дифференциальную диагностику кист и кистозных опухолей.

Рекомендуется выполнение компьютерной томографии почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием всем пациентам с кистами почек для проведения дифференциальной диагностики кист по категории Bosniak. [40].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: КТ почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием является наиболее ценной и эффективной методикой диагностики кистозных образований почек, при отсутствии соответствующих противопоказаний к исследованию у пациента.

Методики КТ с внутривенным болюсным введением контрастных средств (АТХ V08), внедренные в урологическую практику с 1972 г., в настоящее время являются «золотым стандартом» в обследовании больных кистозными образованиями почек. Эффективность КТ при кисте почки приобретенной достигает 100%. Именно на основании результатов КТ-диагностики и создана рабочая классификация кист Bosniak. Новейшие методики обработки и цифро-



визации информации, трехмерные и мультипланарные реконструкции, виртуальная эндоскопия позволяют получить качественно новую информацию [39, 41]. Помимо определения характеристик кист, КТ почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием позволяет оценить топографо-анатомические взаимоотношения образований почек с элементами чашечно-лоханочной системы, воротами почек, сосудистыми структурами, соседними органами.

Основную сложность представляет диагностика сложных кист почек и кистозных образований, которые чаще всего представляют собой злокачественный кистозные опухоли. Для кистозных опухолей почки на серии снимков КТ почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием характерны узелковые участки в стенке или утолщенные перегородки кисты, которые по данным компьютерной томографии накапливают контрастные средства (АТХ V08), эти структуры чаще всего являются местом обнаружения рака.

Для почечно-клеточного рака (ПКР) и доброкачественных кист средняя плотность в предконтрастной фазе примерно одинакова и составляет 31,5 и 32,4 ед. НУ соответственно. В то время как почечно-клеточная карцинома демонстрирует значительно более высокие показатели в кортикомедуллярную фазу – 112,9 против 59,8 ед. НУ, соответственно. Для дифференциации почечно-клеточной карциномы разработана формула. Согласно данной формуле если разница рентгенологической плотности в кортикомедуллярную фазу и плотности в предконтрастную фазу равна или составляет более 42 ед. НУ, то наиболее вероятно, что исследуемое образование является ПКР. Данная методика имеет 97,1% чувствительности и 85,7% специфичности [39, 40].

Сцинтиграфия почек и мочевыделительной системы

Рекомендуется выполнение сцинтиграфии почек и мочевыделительной системы (код А07.28.002) при необходимости определения функционального состояния пораженной кистой почки [42].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: рост кисты почки, по данным ряда исследований, может приводить к атрофии почечной паренхимы и снижению СКФ пораженной кистой ■

почки [43–46]. Тогда как расчет объема почечной паренхимы и объема кратера кисты можно провести методом сегментации по данным компьютерной томографии почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием, применение сцинтиграфии почек и мочевого выделительной системы используется с целью определения функции (СКФ) пораженной кистой почки и показаний к хирургическому лечению кисты почки. Утрата 20% почечной паренхимы может рассматриваться в качестве показания к выполнению сцинтиграфии почек и мочевого выделительной системы, поскольку потеря одной пятой объема почечной паренхимы увеличивает вероятность существенного снижения СКФ более чем в 10 раз [34].

Магнитно-резонансная томография

Рекомендуется выполнение магнитно-резонансной томографии почек с контрастированием (A05.28.002.001) в качестве метода, альтернативного компьютерной томографии почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием (A06.28.009.001), при наличии противопоказаний к последнему, а также с целью дифференциальной диагностики кистозных масс и сложных кист почек [47].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: МРТ почек с контрастированием является высокочувствительным и специфичным методом диагностики кист почек, при этом возможно использование данного метода у беременных, а также у пациентов с аллергией на рентгеноконтрастные средства, содержащие йод (АТХ V08A). По данным литературы, при использовании данного метода для диагностики сложных кист почек чувствительность его составляет 71%, а специфичность 91% [48]. Стоит отметить, что при анализе КТ-изображений массивное обызвествление может маскировать мягкотканый компонент, для исключения которого возможно применение МРТ как метода, обладающего большей чувствительностью для выявления участков накопления КВ, в том числе не определяемых на фоне кальцинатов при КТ. МРТ почек позволяет визуализировать перегородки, плохо идентифицируемые при компьютерной томографии, кроме того, позволяет дифференцировать сложные кисты почек с геморрагическими кистами и гематомами почки [49].



2.5. Иные диагностические исследования

Лабораторные и морфологические исследования стенок кист и кистозной жидкости

Не рекомендуется выполнение цитологического исследования содержимого кисты почки (аспирационной жидкости) при пункционном лечении кист и получении содержимого кист [50, 51].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: полость простых кист, как правило, заполнена серозной жидкостью. В ряде случаев возможно геморрагическое содержимое кисты, однако истинные «геморрагические» кисты встречаются лишь лишь в 0,4–0,6% случаев. Цитологическое исследование содержимого кисты почки (осадка содержимого кист) обнаруживает эпителиальные клетки без признаков атипии, иногда лимфоциты и макрофаги. При кистозных опухолевых образованиях почек III и IV категорий по Bosniak атипические клетки в аспиратах кист выявляют в 50% наблюдений. Ряд клинических кейсов показал, что в большинстве случаев данный результат оказывается ложноотрицательным [52, 53].

Рекомендуется патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала почек (код A08.28.005) при всех оперативных пособиях, сопровождающихся иссечением стенок кист с целью исключения ее злокачественного потенциала [54–56].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: макроскопически стенка кисты имеет гладкую, тонкую, блестящую поверхность, четко отграниченную от паренхимы почки. При микроскопии стенка кисты представлена соединительнотканной капсулой, выстланной уплощенным или однослойным цилиндрическим эпителием. В стенке кисты может наблюдаться хроническая воспалительная инфильтрация, клеточный состав которой представлен лимфоцитами и плазмócитами, а также макрофагами, содержащими гемосидерин. В паракистозной зоне паренхимы почки на клеточном уровне определяются канальцевая атрофия, склероз межуточной ткани, гиалиноз клубочков и признаки хронического воспаления [56]. При проведении патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала почек (A08.28.005) необходимо исключить ее ■

злокачественный потенциал. В российском исследовании было показано, что злокачественные новообразования после хирургического иссечения кист категории I, II и IIF выявлялись в 0, 2,7 и 15,1% соответственно [57]. Кисты почек *Bosniak* II и выше имеют разный злокачественный потенциал, однако говорить о перерождении кисты – малигнизации – не корректно. Злокачественные кисты обычно представляют собой опухоли на ранней стадии с низкой гистологической степенью злокачественности [58]. Кисты почек *Bosniak* IV чаще всего представляют собой кистозную форму почечно-клеточного рака. Большинство почечно-клеточных карцином являются солидными, однако 4–7% являются кистозными и соответствуют категории *Bosniak* IV [59].

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Введение.

Большинство бессимптомно текущих простых кист почек требуют лишь динамического наблюдения как за характеристиками кисты, так и тенденциями изменения клинических симптомов, течением артериальной гипертензии и функций почек. Учитывая доступность и безвредность метода ультразвуковой диагностики и темпы роста кист, наиболее рациональным является проведение УЗИ почек каждые 6 месяцев в течение года, с последующим контролем 1 раз в год.

Показаниями к хирургическому лечению являются:

- наличие некупируемого болевого синдрома (при исключении других причин возникновения данных симптомов), приводящего к стойкому снижению качества жизни и работоспособности пациента;
- деформация чашечно-лоханочной системы пораженной почки вызывающее нарушение уродинамики в связи с компрессией кисты на ЧЛС почки;
- снижение функции почки (СКФ) по результатам динамической нефроscинтиграфии;
- пациенты с кистой единственной почки и снижением функции почки;
- стойкая некорректируемая артериальная гипертензия, при исключении других причин ее возникновения;
- настойчивое желание пациента в избавлении от данного заболевания.



3.1. Консервативное лечение

Консервативных и медикаментозных методов лечения при приобретенной кисте почки не существует.

3.2. Хирургические методы лечения

3.2.1. Пункционные методы лечения

Чрескожная пункция кисты, с аспирацией содержимого и склерозированием полости кисты является эффективным и достаточно безопасным методом лечения (A11.28.004.001 пункция и аспирация из кисты почки или почечной лоханки под контролем ультразвукового исследования). Преимуществом данного хирургического метода является его малоинвазивность, в связи с чем он активно применяется у пожилых и коморбидных пациентов поскольку осуществим под местной анестезией. Также, данный метод является одной из наиболее распространенных процедур для лечения простых кист из-за его высокой экономической эффективности, низкой частоты осложнений, возможности выполнения без применения общей анестезии и крайне быстрой реабилитацией пациентов.

Рекомендуется проведение пункционного дренирования, склерозирования кисты почки (A16.28.089) у пациентов с кистами почек категории I и II по классификации Bosniak при наличии показаний и отсутствии противопоказаний к оперативному лечению [60, 61].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: Эффективность пункционного лечения составляет 84–96% [62]. Однако частота рецидивов при применении данного метода может достигать 30–54% [63]. При увеличении размера кисты на каждые 3 см (4–7/ 7–10/> 10 см) частота рецидивов увеличивается в 3,5 раза [64]. Наиболее часто используемым склерозирующим агентом является 95% этанол, поскольку он не требует разведения, не обладает выраженным системным токсичным эффектом и быстро выводится из организма [60, 61]. Время экспозиции препарата с целью полного склерозирования стенок кисты составляет от 5 мин до 4 ч. Однако различия в достижении положительного терапевтического эффекта между 2- и 4-часовыми методами склерозирования нет [65]. Объем склерозирующего агента должен составлять 20–25% от объема кисты, но не должен превышать 100 мл ввиду ■

высокого риска развития осложнений. Кисты больших размеров, более 10 см, целесообразно дренировать в течение 2–3 суток с повторными эпизодами склерозирования. При отсутствии отделяемого в течение указанного периода дренаж удаляют. Осложнения методики связаны как с технической сложностью пункции, так и с увеличением объема вводимого препарата и составляют порядка 11,2% [66]. Пункционное дренирование, склерозирование кисты почки (A16.28.089) являются безопасной и эффективной терапией первой линии для симптоматических простых кист почек, хотя и уступают по эффективности лапароскопическому иссечению кисты почки (A16.28.071.001) из-за большего риска рецидива заболевания [67–71].

3.2.2. Видеоэндохирургические методы лечения

Экстраренальная марсупиализация (A16.14.002) с выполнением кистоскопии и широкой резекцией или рассечением стенки кисты с использованием различных типов энергии и ее воссоединении с околопочечной клетчаткой под контролем эндоскопа представляет собой экспериментальный метод лечения с большим процентом рисков осложнений. Воссоединенная с чашечно-лоханочной системой полость кисты мало отличается от гидрокаликса или чашечной кисты (дивертикула). Данный метод не применим в рутинной практике лечения пациентов с кистами почек [72, 73].

Лапароскопическое иссечение кист почек (A16.28.071.001 иссечение кисты почки лапароскопическое) является безопасным и эффективным хирургическим методом лечения и рассматривается в качестве второй линии терапии кист почек или в качестве метода первой линии при наличии значимых факторов риска рецидива заболевания [74].

Рекомендуется лапароскопическое иссечение кисты почки (A16.28.071.001) пациентам с кистами категории I, II, II F по классификации Bosniak при наличии показаний и отсутствии противопоказаний к оперативному лечению [74, 75, 76].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: эффективность лапароскопического иссечения кист почек по данным инструментальных характеристик в послеоперационном периоде достигает 96%, по клиническим признакам, оценивающим регресс болевого син-



дрома – 95% [70]. Для лапароскопического иссечения кист почек возможно использовать трансперитонеальный или ретроперитонеоскопический доступы, в зависимости от расположения кисты, существенной разницы в эффективности и безопасности между ними нет [77]. Возможно использование бездренажной модификации операции, раннее удаление уретрального катетера и активизация пациента для более высокой удовлетворенности операцией у пациентов [78]. Не отмечено значимых различий между чрескожно пункционными и лапароскопическими методами лечения относительно общей частоты осложнений, однако экономические расходы при лапароскопических технологиях превышают пункционные более чем вдвое.

Учитывая сравнительные работы в отношении двух методик, можно сделать вывод о том, что у молодых неослабленных пациентов с низкими хирургическими рисками, пациентов с большими кистами и высоким риском их рецидива показана лапароскопическая декортикация кисты почки. Тогда как у коморбидных больных с кистами почек размерами до 5 см рекомендовано проведение чрескожной аспирации кисты с последующей склеротерапией с большой вероятностью успеха и возможно проведение повторных сеансов при необходимости [70, 71, 76, 79].

Резекция почки с использованием лапароскопического или робот-ассистированного доступа применима при кистах почек типа Bosniak III, IV, учитывая большую вероятность диагностики почечно-клеточного рака (ПКР) [48, 50, 89]. Исходя из клинической ситуации пациенту может быть выполнена нефрэктомия.

Рекомендуется выполнение резекции почки (A16.28.003 резекция почки; A16.28.003.001 лапароскопическая резекция почки, A16.28.003.002 робот-ассистированная резекция почки, A16.28.004.001 лапароскопическая нефрэктомия, A16.28.004.003 роботассистированная нефрэктомия) пациентам с кистами категории III, IV по классификации Bosniak, сочетании кист со злокачественной опухолью при наличии показаний к тому или иному методу лечения [73, 80].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: при проведении данных оперативных методик основными задачами является достижение онкологической радикальности, в том числе удаление опухоли в пределах здоровой ткани, уменьшение времени тепловой ■

ишемии при проведении этапов оперативного лечения, сохранение как можно большего количества нормальной паренхимы почки, а также сохранение артериального сосудистого внутривисцерального древа, необходимого для восстановления почечной функции. Робот-ассистированные оперативные пособия безусловно эффективны, однако в силу необходимости доступного специального дорогостоящего оборудования, крайне высоких экономических затрат эти методики при неосложненных кистах I, II, II F категорий по классификации Bosniak нецелесообразны. Однако при кистозных образованиях III и IV категорий по классификации Bosniak имеют большую практическую ценность [80–82].

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Методов реабилитации и санаторно-курортного лечения при кистах почек не существует и к применению не рекомендованы.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Специфической профилактики кист почек не существует. Профилактические мероприятия исходят из факторов риска и сводятся к своевременному и эффективному лечению мочекаменной болезни, компенсации сахарного диабета, подагры, а также исключения курения. С целью скрининга данного заболевания самым доступным методом является УЗИ почек.

Динамическое наблюдение осуществляется 1 раз в 6–12 месяцев при неосложненных кистах почек категории I и II с целью оценки динамики роста кист [24]. Также необходим тщательный контроль для пациентов с кистой единственной или единственно функционирующей почки [83]

Любые осложненные кистозные образования (IIF, III, IV категорий) рассмат-



риваются как имеющие потенциально злокачественный характер и требуют дообследования и активного лечения. МРТ почек с контрастированием может добавить ценную информацию, однако используется в диагностике как дополнение к компьютерной томографии почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием в сложных ситуациях [11, 15].

Рекомендуется проведение динамического наблюдения с использованием УЗИ всем пациентам с кистами почек, а также пациентам, перенесшим оперативное лечение [11, 15, 83].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств 4)

Комментарии: ежегодное УЗИ почек является обязательным методом наблюдения за ростом кист и изменением их характеристик. УЗИ почек также показано при наблюдении за пациентами, перенесшими пункционное или хирургическое лечение, с целью своевременного выявления рецидивов заболевания.

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

1. Пункционное лечение кисты почки. Плановая госпитализация в стационар.
2. Лапароскопическое лечение кисты почки. Плановая госпитализация в стационар.
3. Резекция почки с использованием лапароскопического или робот-ассистированного доступа. Плановая госпитализация в стационар.
4. Инфицирование кист с гнойно-септическими осложнениями. Экстренная госпитализация в стационар.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

- 1) восстановление удовлетворительного самочувствия больного и дренирование кисты после пункционного лечения, 1–2 сутки после операции;
- 2) восстановление удовлетворительного самочувствия и активности больного, ликвидация кисты после лапароскопического иссечения кисты почки, исключение опасности отсроченного кровотечения, тромбоэмболических осложнений, пареза кишечника, 1–2 сутки после операции; ■

3) восстановление удовлетворительного самочувствия и активности больного, ликвидация кисты после хирургического лечения, исключение опасности отсроченного кровотечения, пареза кишечника, своевременного и неосложненного течения послеоперационного периода, своевременного заживления послеоперационной раны, 5–7 сутки после операции;

4) ликвидация очага гнойной инфекции 7–10 суток при условии полного стихания острого воспалительного процесса.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Прогноз при кистах почек благоприятный. Стандартом выявления кист почек является УЗ-метод. Для дифференцировки диагноза и уточнения типа кисты по классификации Bosniak необходимо использовать компьютерную томографию почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием (А06.28.009.001). Альтернативными методами дифференциальной диагностики сложных кист (III–IV типа) и при наличии противопоказаний к проведению КТ необходимо использовать УЗИ почек или магнитно-резонансную томографию почек с контрастированием (А05.28.002.001). Биопсия (А11.28.001.001) сложных кист почек не рекомендована. Динамическое наблюдение показано пациентам с небольшими кистами, не имеющими тенденцию к росту, категорий I, II, IIF по классификации Bosniak. Особого внимания и наблюдения требуют пациенты с кистами анатомически или функционально единственной почки по причине опасности развития почечной недостаточности. При наличии симптомов, повышения артериального давления или асимметричного снижения функции почки следует рассмотреть возможность оперативного лечения кисты почки. В качестве линии первой терапии пациентам с кистами небольших размеров (объемом менее 100 мл), без перегородок, а также коморбидным и пожилым пациентам показано выполнение пункционного дренирования, склерозирования кисты почки (А16.28.089). При рецидиве заболевания или у неослабленных пациентов, а также при диагностике кист больших размеров (объемом более 100 мл), наличии перегородок рекомендуется лапароскопическое иссечение кисты почки [3, 5, 10, 11, 83].

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
1.	Выполнено ультразвуковое исследование почек	Да/нет
2.	Выполнено КТ почек и верхних мочевыводящих путей с внутривенным болюсным контрастированием всем пациентам с кистами почек, или МРТ почек с контрастированием пациентам, у которых имеются противопоказания к последнему, или с целью дифференциальной диагностики кистозных масс и сложных кист почек	Да/нет
3.	Выполнено пункционное дренирование, склерозирование кисты почки у пациентов с кистами почек категории I и II по классификации Bosniak исходя из показаний к оперативному лечению	Да/нет
4.	Выполнено лапароскопическое иссечение кисты почки пациентам с кистами категории I, II, II F по классификации Bosniak исходя из показаний к оперативному лечению	Да/нет
5.	Выполнена резекция почки (лапароскопическая резекция почки, робот-ассистированная резекция почки) или нефрэктомия (лапароскопическая нефрэктомия, роботассистированная нефрэктомия) пациентам с кистами категории III, IV по классификации Bosniak	Да/нет

Список литературы

1. Лопаткин Н.А., Мазо Е.Б. Простая киста почек. М.: Медицина, 1982. 140 с.
2. Лопаткин Н.А., Люлько А.В. Аномалии мочеполовой системы. Киев: Здоровье, 1987. 416 с.
3. Игнашин Н.С., Мартов А.Г., Морозов А.В., Перельман В.М., Теодорович О.В. Диагностика в урологии (чрескожная, инструментальная). М.: ИПО «Полиан», 1993. 200 с.
4. Урология. Российские клинические рекомендации /под ред. Ю.Г. Алеева. П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкар. М.: Медфорум, 2018. 544 с.
5. Урология: национальное руководство/ под ред. Н.А. Лопаткина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 1024 с. (Серия «национальные руководства»)
6. Baert L., Steg A. Is the diverticulum of the distal and collecting tubules a preliminary stage of the simple cyst in the adult? J. Urol. 1977;118:707–710. [https://doi.org/10.1016/s0022-5347\(17\)58167-7](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)58167-7)
7. Федоров С.П. Хирургия почек и мочеточников. Гос. Изд. Петроград, 1923 С. 296.

8. Джавад-заде М.Д. Поликистоз почек. М.: Медицина, 1964. С. 243.
9. Пытель Ю.А., Амосов А.В. Множественные кисты почечного синуса. Советская медицина 1986, №6, стр. 25-28.
10. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Маркосян Т.Г. Диагностика и лечение жидкостных образований почек и забрюшинного пространства. Смоленск: Маджента, 2007. 160 с.
11. Praxis der Urologie. 4 Auflage. Band 2. / D. Jocham, K. Miller, M. Burger, M. Schrader. Stuttgart, New York: 2020. 1423 p.
12. Kissane JM. Pathology of infancy and childhood, 2nd ed. Mosby, St. Louis, 1975.
13. Герасименко Н.А. Жмакин В.А., Крупинов Г.Е., Амосов А.В. Простые и окололоханочные кисты почек. Урология 2020;(3):121–127.
14. Terada N, Arai Y, Kinukawa N. et al. The 10-year natural history of simple renal cysts. Urology 2008;71: 7–11.
15. Thomas F. Whelan. Guidelines on the management of renal cyst disease. Can Urol Assoc J 2010. 2010;4(2):98-99.
16. Ali Abbas Ozdemir , Korhan Kapucu. The relationship between simple renal cysts and glomerular filtration rate in the elderly. Int Urol Nephrol 2017;49(2):313-317. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27613295>
17. Hongzoo Park, Choung-Soo Kim. Natural 10-year history of simple renal cysts. //Korean J Urol. – 2015. – May;56(5): P. 351-6/ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25964835>
18. Qiaoru Wu, Chunhua Ju, Miaowen Deng, Xiaolong Liu, Zhongda Jin. Prevalence, risk factors and clinical characteristics of renal dysfunction in Chinese outpatients with growth simple renal cysts. Int Urol Nephrol. 2021. <https://doi.org/10.1007/s11255-021-03065-5>
19. Park H, Kim CS. Natural 10-year history of simple renal cysts. Korean J Urol 2015;56(5):351-6.
20. Remuzzi G, Bertani T. Pathophysiology of progressive nephropathies. N Engl J Med. 1998; 339:1448–1456.
21. Пытель А.Я., Пытель Ю.А. Рентгенодиагностика урологических заболеваний. М.: Медицина, 1966. С. 482.
22. Пытель А.Я., Пугачев А.Г. Очерки детской урологии. М., 1977.
23. Silverman S.G., Pedrosa I., Ellis J.H. et al. Bosniak classification of cystic renal masses, version 2019: an update proposal and needs assessment. Radiology 2019; 292(2):475–88. <https://doi.org/10.1148/radiol.2019182646>
24. Bora Ozveren, Efe Onganer, Levent N Türkeri. Simple Renal Cysts: Prevalence, Associated Risk Factors and Follow-Up in a Health Screening Cohort. Urol J. 2016;13(1):2569-75. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26945663>
25. Ritu Karoli, Sanjay Bhat, Jalees Fatima, Vaibhav Shukla, Sachin Khanduri, Moidur Rehman, Abdull Allam Waris. Simple Renal Cysts: Can They be Overlooked? J Assoc Physicians India. 2016;64(3):14-17. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27731551>
26. Eduardo Massato Hasegawa 1, Ricardo Fuller, Maria Cristina Chammas, Filipe Martins de Mello, Claudia Goldenstein-Schainberg. Increased prevalence of simple renal cysts in patients with gout. Rheumatol Int. 2013;33(2):413-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22453524>
27. Chih-Ting Lee, Yi-Ching Yang, Jin-Shang Wu, Ying-Fang Chang, Ying-Hsiang Huang, Feng-Hwa Lu,

Chih-Jen Chang Multiple and large simple renal cysts are associated with prehypertension and hypertension. *Kidney Int.* 2013;83(5):924-30. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23389415>

28. S. M. B. Tabei, A. Nariman, K. Daliri, J. Roozbeh, A. Khezri, H R Goodarzi, M Lotfi, S Sefidbakht, M Entezam. Simple renal cysts and hypertension are associated with angiotensinogen (AGT) gene variant in Shiraz population (Iran). *J Renin Angiotensin Aldosterone Syst.* 2015;16(2):409-14. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2390711>

29. Jae Duck Choi. Clinical characteristics and long-term observation of simple renal cysts in a healthy Korean population. *Int Urol Nephrol.* 2016;48(3):319-24. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26685889>

30. Yu-Ji Lee, Min S Kim, Seong Cho, Sung R Kim. Association between simple renal cysts and development of hypertension in healthy middle-aged men. *J Hypertens.* 2012;30(4):700-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22388228>

31. Chang, C.-C., Kuo, J.-Y., Chan, W.-L., Chen, K.-K., & Chang, L. S. Prevalence and Clinical Characteristics of Simple Renal Cyst. *Journal of the Chinese Medical Association,* 2007;70(11):486–91. [https://doi.org/10.1016/S1726-4901\(08\)70046-7](https://doi.org/10.1016/S1726-4901(08)70046-7)

32. Wei L, Xiao Y, Xiong X, Li L, Yang Y, Han Y, Zhao H, Yang M and Sun L. The Relationship Between Simple Renal Cysts and Renal Function in Patients with Type 2 Diabetes. *Front. Physiol.* 2020, 11:616167. <https://doi.org/10.3389/fphys.2020.616167>

33. Hasegawa, E. M., Fuller, R., Chammas, M. C., de Mello, F. M., and Goldenstein-Schainberg, C. Increased prevalence of simple renal cysts in patients with gout. *Rheumatol Int* 2013;33:413-16. <https://doi.org/10.1007/s00296-012-2380-x>.

34. Malkhasyan V, Makhmudov T, Gilfanov Y, Semenyakin I, Sukhikh S, Grigoryan B and Pushkar D (2024) Influence of a simple cyst on kidney function. *Front Med* 2024;11:1381942. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1381942>

35. Qiaoru Wu, Chunhua Ju, Miaowen Deng, Xiaolong Liu, Zhongda Jin. Prevalence, risk factors and clinical characteristics of renal dysfunction in Chinese outpatients with growth simple renal cysts. *Int Urol Nephrol.* 2021 Nov 22. <https://doi.org/10.1007/s11255-021-03065-5>

36. Caglioti, A., Esposito, C., Fuiano, G., Buzio, C., Postorino, M., Rampino, T., Dal Canton, A. Prevalence of symptoms in patients with simple renal cysts. *BMJ* 1993;306(6875):430-31. <https://doi.org/10.1136/bmj.306.6875.430>

37. Nallagatla S, Monson R, McLennan R, Somani B, Aboumarzouk, O. Laparoscopic Decortication of Simple Renal Cysts: A systematic Review and Meta-Analysis to Determine Efficacy and Safety of this Procedure. *Urol Int* 2019;103(2):1-7.

38. Mahadevaswamy Siddaiah, Satheesh Krishna, Matthew D F McInnes, Jeffrey S Quon, Wael M Shabana, Demetri Papadatos, Nicola Schieda. Is Ultrasound Useful for Further Evaluation of Homogeneously Hyperechoic Renal Lesions Detected on CT? *AJR Am J Roentgenol* 2017;209(3):604-10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28678573>

39. Apurva A Bonde, Chenara Johnson, Benjamin Addicott, Antonio C Westphalen, Elena K Korngold, Ferguson V Coakley. Case series of collapsed simple renal cysts potentially simulating cystic malignancy at CT. *Clin Imaging* 2018;50:297-301. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29751201>

40. Song, C., Min, G. E., Song, K., Kim, J.K., Hong, B., Kim, C.-S., & Ahn, H. Differential Diagnosis of Complex Cystic Renal Mass Using Multiphase Computerized Tomography. *The Journal of Urology* 2009;181(6):2446-

50. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2009.01.111>

41. Stephan Rau, Alexander Rau, Thomas Stein, Muhammad Taha Hagar, Sebastian Faby, Fabian Bamberg, Jakob Weis. Value of virtual non-contrast images to identify uncomplicated cystic renal lesions: photon-counting detector CT vs. dual-energy integrating detector CT. *Radiol Med* 2024;129(5):669-76. <https://doi.org/10.1007/s11547-024-01801-2>

42. Малхасян В.А., Махмудов Т.Б., Гильфанов Ю.Ш., Семенякин И.В., Сухих С.О., Пушкарь Д.Ю. Влияние простой кисты на функцию почки. *Урология* 2023;4:00-00 <https://doi.org/10.18565/urology.2023.4.00-00>

43. Chen J, Ma X, Xu D, Cao W, Kong X. Association between simple renal cyst and kidney damage in a Chinese cohort study. *Ren Fail* 2019;41(1):600-6. <https://doi.org/10.1080/0886022X.2019.1632718>

44. Gómez BI, Little JS, Leon AJ, Stewart IJ, Burmeister DM. A 30% incidence of renal cysts with varying sizes and densities in biomedical research swine is not associated with renal dysfunction. *Animal Model Exp Med* 2020;10;3(3):273-281. <https://doi.org/10.1002/ame2.12135>

45. Kwon T, Lim B, You D, Hong B, Hyuk Hong J, Kim Ch-S., Jeong I.G. et al. Simple renal cyst and renal dysfunction: a pilot study using dimercaptosuccinic acid renal scan. *Nephrology* 2016;21(8):687-92. <https://doi.org/10.1111/nep.12654>

46. Al-Said J, Brumback MA, Moghazi S, Baumgarten DA, O'Neill WC. Reduced renal function in patients with simple renal cysts. *Kidney Int* 2004;65(6):2303-8. <https://doi.org/10.1111/j.1523-1755.2004.00651.x>

47. Cecil G Wood 3rd, LeRoy J Stromberg 3rd, Carla B Harmath, Jeanne M Horowitz, Chun Feng, Nancy A Hammond, David D Casalino, Lori A Goodhart, Frank H Miller, Paul Nikolaidis. CT and MR imaging for evaluation of cystic renal lesions and diseases. *Radiographics* 2015;35(1):125-41. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25590393>

48. Defortescu, G., et al. Diagnostic performance of contrast-enhanced ultrasonography and magnetic resonance imaging for the assessment of complex renal cysts: A prospective study. *Int J Urol* 2017;24:184.

49. Prasad SR, Dalrymple NC, Surabhi VR. Cross-sectional imaging evaluation of renal masses. *Radio Clin*. 2008;46:95-111.

50. Hayakawa M, Hatano T, Tsuji A, et al. Patients with renal cysts associated with renal cell carcinoma and the clinical implications of cyst puncture: a study of 223 cases. *Urology* 1996;47:643-6.

51. Thomas F. Whelan. Guidelines on the management of renal cyst disease. *Can Urol Assoc J*. 2010 Apr; 4(2):98-9. <https://doi.org/10.5489/cuaj.10023>

52. Lin CJ, Chen YC, Chen HH, Wu CJ, Hsu JM. Renal cell carcinoma presenting as a huge simple renal cyst. *Med Oncol*. 2008;25(1):104-6. <https://doi.org/10.1007/s12032-007-0049-1>.

53. Ljungberg B, Holmberg G, Sjödin JG, Hietala SO, Stenling R. Renal cell carcinoma in a renal cyst: a case report and review of the literature. *J Urol* 1990;143(4):797-9. [https://doi.org/10.1016/s0022-5347\(17\)40099-1](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(17)40099-1)

54. Костюков С.И., Медведев В.Л., Коган М.И. Диагностика и лапароскопическое лечение кист почек III и IV типа по Босняк. *Урология* 2008;(3):21-4.

55. Малхасян В.А., Семенякин И.В., Андреев Р.Ю., Иванов В.Ю., Махмудов Т.Б., Пушкарь Д.Ю. Лапароскопическое иссечение кисты почки (deroofing). *Журнал Вопросы урологии и андрологии* 2017;5(2).

56. Epstein, Jonathan I.; Netto, George J. *Differential Diagnoses in Surgical Pathology: Genitourinary System* (1st ed.). Wolters Kluwer, 2014. 197 p.

57. Даренков С.П., Проскоков А.А., Агабекян А.А., Трофимов И.А. Частота злокачественной трансформации кист почек категории 1, 2 и 2F по классификации Босняк в мультифокулярную ки-

стозно-почечно-клеточную карциному Урология 2018;(3):111–5.

58. Mousessian P.N., Yamauchi F.I., Mussi T.C., Baroni R.H. Malignancy Rate, Histologic Grade, and Progression of Bosniak Category III and IV Complex Renal Cystic Lesions. *American Journal of Roentgenology*, 2017;209(6):1285–90. <https://doi.org/10.2214/AJR.17.18142>

59. Bielsa O, Lloreta J, Gelabert-Mas A. Cystic renal cell carcinoma: pathological features, survival and implications for treatment. *Br J Urol* 1998;82:16–20.

60. Dominic Brow, Sarika Nalagatla, Thomas Stonier, Georgios Tsampoukas, Abdulla Al-Ansari, Tarik Amer, Omar M Aboumarzouk. Radiologically guided percutaneous aspiration and sclerotherapy of symptomatic simple renal cysts: a systematic review of outcome. *Abdom Radiol (NY)* 2021;46(6):2875–90. <https://doi.org/10.1007/s00261-021-02953-9>

61. Jin Hyeok Kim, Ung Bae Jeon, Joo Yeon Jang, Tae Un Kim, Hwaseong Ryu, Jeong A Yeom, Jieun Roh. Efficacy of single-session 99.5% ethanol sclerotherapy for incidentally found simple renal cysts. *Medicine (Baltimore)* 202216;101(50):e32114. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000032114>

62. Eissa A., El Sherbiny A., Martorana E., Pirola G.M., Puliatti S., Scialpi M. Non-conservative management of simple renal cysts in adults: a comprehensive review of literature. *Minerva Urology and Nephrology*, 2018;70(2). <https://doi.org/10.23736/S0393-2249.17.02985-X>

63. Demir E, Alan C, Kilciler M, Bedir S. Comparison of ethanol and sodium tetradecyl sulfate in the sclerotherapy of renal cyst. *J Endourol* 2007;21(8):903–5.

64. Zhao Q, Xu J, Adams T, Tao S, Cui Y, Shen H, et al. Comparison of aspiration-sclerotherapy versus laparoscopic decortication in management of symptomatic simple renal cysts. *Journal of X-Ray Science and Technology* 2013;21(3):419–28.

65. Lin Y, Pan H, Liang H, Chung H, Chen C, Huang J, et al. Single-session alcohol-retention sclerotherapy for simple renal cysts: Comparison of 2- and 4-hr retention techniques. *American Journal of Roentgenology* 2005;185(4):860–6.

66. Brown D., Nalagatla S., Stonier T., Tsampoukas G., Al-Ansari A., Amer T., Aboumarzouk O.M. Radiologically guided percutaneous aspiration and sclerotherapy of symptomatic simple renal cysts: a systematic review of outcomes. *Abdominal Radiology* 2021;46(6):2875–90. <https://doi.org/10.1007/s00261-021-02953-9>

67. Nalagatla S., Manson R., McLennan R., Somani B., Aboumarzouk O.M. Laparoscopic Decortication of Simple Renal Cysts: A Systematic Review and Meta-Analysis to Determine Efficacy and Safety of this Procedure. *Urologia Internationalis* 2019;1–7. <https://doi.org/10.1159/000497313>

68. Okeke AA, Mitchelmore AE, Keeley FX Jr, Timoney AG. A comparison of aspiration and sclerotherapy with laparoscopic de-roofing in the management of symptomatic simple renal cysts. *BJU Int* 2003;92(6):610–3.

69. Ozan et al. Comparison of single-session aspiration and ethanol sclerotherapy with laparoscopic de-roofing in the management of symptomatic simple renal cysts *Turk J Urol* 2015.

70. Maugeri A., Fanciulli G., Barchitta M., Agodi, A., Basile G. Comparison of aspiration with sclerotherapy and laparoscopic deroofing for the treatment of symptomatic simple renal cysts: a systematic review and meta-analysis. *Updates in Surgery* 2021. <https://doi.org/10.1007/s13304-021-01042-2>

71. Zhang X., Cao D., Han P. et al. Aspiration-sclerotherapy versus laparoscopic de-roofing in the treatment of renal cysts: which is better? *BMC Nephrol* 2020;21:193. <https://doi.org/10.1186/s12882-020-01832-7>

72. Jia Hu, Najib Isse Dirie, Jun Yang, Ding Xia, Yuchao Lu, Xiao Yu, Shaogang Wang. Percutaneous ureteroscopy laser unroofing-a minimally invasive approach for renal cyst treatment. *Sci Rep*. 2017;7(1):14445. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29089521>

73. Mayank Mohan Agarwal, Ashok K Hemal. Surgical management of renal cystic disease. *Curr Urol Rep.* 2011;12(1):3-10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21107921>
74. Altug Tuncel, Omur Aydin, Melih Balci, Yilmaz Aslan, Ali Atan. Laparoscopic decortication of symptomatic simple renal cyst using conventional monopolar device. *Kaohsiung J Med Sci* 2011;27(2):64-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21354520>
75. Yu-qing Liu 1, Jian Lu, Ming Chen, Min Lu, Chun-lei Xiao, Yi Huang, Lu-lin Ma. Laparoscopic nephron-sparing surgery for treatment of complex cystic renal lesions. *Beijing Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban* 2012;44(5):760-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23073588>
76. Jae Duck Choi, Tag Keun Yoo, Jung Yoon Kang, Kyong Tae Moon, Jung Hoon Kim, Seung Hyun Ahn Jun Ho Lee, Jeoung Man Cho. A Comparative Study of Percutaneous Aspiration with Sclerotherapy and Laparoscopic Marsupialization for Symptomatic Simple Renal Cysts. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2020;30(5):514-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31928507>
77. Ozcan L, Polat EC, Onen E, Cebeci OO, Memik O, Voyvoda B, et al. comparison between retroperitoneal and Transperitoneal approaches in the laparoscopic Treatment of Bosniak Type I Renal Cysts: A Retrospective Study. *Urol J* 2015;12:2218-22
78. Малхасян В.А., Семенякин И.В., Андреев Р.Ю., Иванов В.Ю., Махмудов Т.Б., Пушкарь Д.Ю. Лапароскопическое иссечение кисты почки (deroofing). *Журнал Вопросы урологии и андрологии.* 2017;5(2).
79. Sepehr Hamedanchi 1, Ali Tehranchi. Percutaneous decortication of cystic renal disease. *Korean J Urol.* 2011;52(10):693-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22087364>
80. Gettman M.T., Blute M.L., Chow G.K. et al. Robotic-assisted laparoscopic partial nephrectomy: technique and initial clinical experience with da Vinci robotic system. *Urology* 2004;64:914-8. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2004.06.049>.
81. Benway B.M., Wang A.J., Cabello J.K., Bhayani S.B. Robotic partial nephrectomy with sliding-clip renorrhaphy: technique and outcomes. *Eur Urol* 2009;55:592-9. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2008.12.028>.
82. Haseebuddin M., Benway B.M., Cabello J.M., Bhayani S.B. Robot-assisted partial nephrectomy: evaluation of learning curve for an experienced renal surgeon. *J Endourol* 2010;24(1):57-61. <https://doi.org/10.1089/end.2008.0601>.
83. Erhan Tatar, Emine Ozay, Mehmet Atakaya, Pinar Kezban Yeniay, Ahmet Aykas, Gokalp Okut, Tarik Yonguc, Cetin Imamoglu, Adam Uslu. Simple renal cysts in the solitary kidney: Are they innocent in adult patients? *Nephrology (Carlton)* 2017;22(5):361-5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26990893>
84. Cantisani V, Bertolotto M, Clevert DA, Correias JM, Drudi FM, Fischer T, Gilja OH, Granata A, Graumann O, Harvey CJ, Ignee A, Jenssen C, Lerchbaumer MH, Ragel M, Saftoiu A, Serra AL, Stock KF, Webb J, Sidhu PS. EFSUMB 2020 Proposal for a Contrast-Enhanced Ultrasound-Adapted Bosniak Cyst Categorization – Position Statement. *Ultraschall Med* 2021;42(2):154-66. <https://doi.org/10.1055/a-1300-1727>
85. Lerchbaumer MH, Putz FJ, Rübenthaler J, Rogasch J, Jung EM, Clevert DA, Hamm B, Makowski M, Fischer T. Contrast-enhanced ultrasound (CEUS) of cystic renal lesions in comparison to CT and MRI in a multicenter setting. *Clin Hemorheol Microcirc* 2020;75(4):419-29. <https://doi.org/10.3233/ch-190764>

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. **Маркосян Тигран Гришаи** – д.м.н., ведущий специалист ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. академика Б.В. Петровского», профессор кафедры восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии, сестринского дела с курсом спортивной медицины Медико-биологического университета инноваций и непрерывного образования ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Буруназяна ФМБА России.
2. **Шпоть Евгений Валерьевич** – д.м.н., профессор НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М Сеченова (Сеченовский университет).
3. **Козырев Герман Владимирович** – д.м.н., профессор кафедры детской хирургии и урологии андрологии им. Л.П. Александрова ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), директор Ассоциации специалистов детских урологов-андрологов (АСДУА).
4. **Харчилава Реваз Ревазович** – к.м.н., директор УЦВП Пракси Медика ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М Сеченова (Сеченовский университет).
5. **Малхасян Виген Андреевич** – д.м.н., профессор кафедры урологии ФГБОУ ВО «РосУниМед»; заведующий урологическим отделением №67, ГБУЗ ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ.
6. **Сухих Сергей Олегович** – к.м.н., врач-уролог Московского урологического центра ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ.

Конфликт интересов: отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

- 1) врачам-урологам;
- 2) врачам-детским урологам-андрологам;
- 3) врачам-хирургам;
- 4) врачам-терапевтам;
- 5) врачам ультразвуковой диагностики;
- 6) врачам общей практики;
- 7) врачам-нефрологам;
- 8) врачам-рентгенологам;
- 9) учащимся медицинских вузов, системы последипломого образования.

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств: поиск в электронных базах данных, анализ современных научных разработок по проблеме кисты почки, приобретенной в РФ и за рубежом, обобщение практического опыта российских и зарубежных специалистов.

Методы, использованные для формулирования рекомендаций, – консенсус экспертов.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1.	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2.	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
3.	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода, или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5.	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1.	Систематический обзор РКИ с применением метаанализа
2.	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ с применением метаанализа
3.	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4.	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5.	Имеются лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества, все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

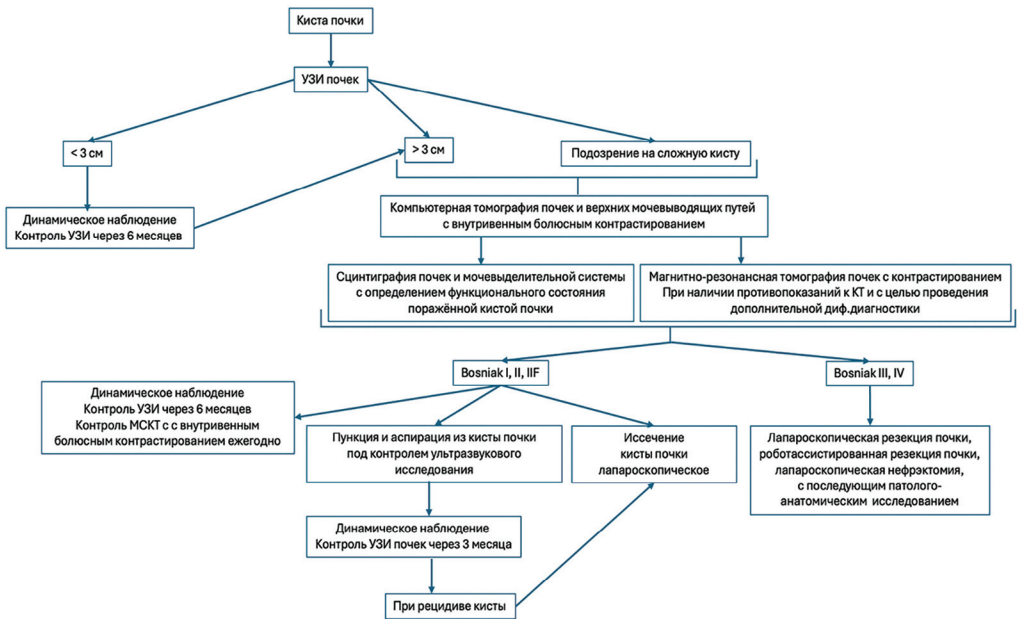
Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР, но не чаще одного раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «урология-андрология» приказ МЗ РФ № 562н от 31.10.2012 (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 17.12.2012, регистрационный № 26159).
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (с изменениями и дополнениями).
4. Международная классификация болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье (МКБ–10).
5. Федеральный закон от 25.12.2018 № 489 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации по вопросам клинических рекомендаций».
6. Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности, включаемой в клинические рекомендации информации».

Приложение Б. Алгоритм действий врача



Приложение В. Информация для пациента

Киста почки приобретенная (синонимы: простая, солитарная, серозная, истинная, кортикальная) – доброкачественное, тонкостенное, объемное образование, развивающееся из почечной паренхимы и содержащее, как правило, серозную жидкость. Встречается достаточно часто, примерно у 33% взрослого и до 7–9% детского населения.

Заболевание обычно не имеет характерных клинических признаков, у 70% пациентов протекает бессимптомно, зачастую является случайной находкой при обследовании по поводу заболевания иных органов и систем. Основной причиной возникновения кисты почек является нарушение оттока мочи по собирательным протокам, обструкцией (чаще склеротической) протока и активной клубочковой секрецией выше места препятствия.

Симптомы

Пациентов, как правило, ничего не беспокоит. Наиболее характерные симптомы кисты почки: тупая боль в подреберье или пояснице, подъем артериального давления, примесь крови в моче.

Диагностика

Врач осматривает пациента стоя и лежа, при ощупывании живота пытается пропальпировать увеличенную почку или дополнительное новообразование, болезненность в проекции почек. Обязательно проводятся замеры АД на обеих плечевых артериях. Лабораторные исследования крови и мочи, как правило, существенных изменений не выявляют.

УЗИ почек является основным методом первичной диагностики кист почек. В сочетании с эходоплерографией метод позволяет получить объективную информацию о состоянии почечного кровообращения, выявить признаки артериальной гипертензии, связанной с компрессией почечной паренхимы кистой.

Для дифференциальной диагностики, а также определения типа кисты используют КТ почек с внутривенным болюсным контрастированием. Метод позволяет безошибочно выявить новообразование почки, его характеристики, сочетанные патологии мочевыводящих путей. В ряде случаев при сложных, неоднозначных ситуациях, подозрениях на злокачественную кистозную опухоль, аллергии на йодсодержащие контрастные препараты необходимым методом диагностики является МРТ почек с внутривенным болюсным контрастированием.

Лечение

Целью лечения является удаление кисты или ее содержимого, тем самым уменьшение компрессионного воздействия кисты на ткань почки. Большинство бессимптомно текущих кист почек в лечебных мероприятиях не нуждаются и требуют лишь динамического наблюдения. Показания к хирургическому лечению формируются исходя из характеристик кист, сопровождающихся нарастающими клиническими проявлениями, подозрении в отношении опухолевого процесса в почке.

Консервативного, лекарственного, физиотерапевтического, санаторно-курортного лечения кист почек не существует.

Существует несколько типов оперативных вмешательств:

- пункционные методы лечения, заключающиеся в проколе кисты, эвакуации содержимого с последующим введением в просвет кисты склерозирующих, склеивающих стенки, химических средств;
- лапароскопические и робот-ассистированные операции, рекомендованы при рецидиве заболевания или у неослабленных пациентов, а также при диагностике кист больших размеров (объемом более 100 мл) и наличием перегородок.



После операции проводится наблюдение за больными, с динамическим УЗ-контролем. Главными критериями успешного лечения является стойкое снижение артериального давления и отсутствие рецидивирования кисты.

Прогноз

Прогноз при кистах почек – благоприятный. Процент рецидивирования кист, а также осложнений после операции – минимален.

Профилактика

Профилактика заболевания невозможна. Но можно, соблюдая сроки диспансерного обследования у врача-уролога (врача-терапевта, врача общей практики) и при необходимости своевременно начать лечение.

Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Не предусмотрено.

Список сокращений

АД – артериальное давление
 АГ – артериальная гипертензия
 МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография
 КТ – компьютерная томография
 МРТ – магнитно-резонансная томография
 УЗИ – ультразвуковое исследование
 ГБ – гипертоническая болезнь
 МКБ – мочекаменная болезнь
 ЦДК – цветное доплеровское картирование
 ЛДГ – лактатдигидрогеназа
 СОЭ – скорость оседания эритроцитов
 УДД – уровень достоверности доказательств
 УРР – уровень убедительности рекомендаций
 ИМТ – индекс массы тела
 СКФ – скорость клубочковой фильтрации
 KB – контрастные вещества (средства) код АТХ – V08

Термины и определения

Заболевание – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

Инструментальная диагностика – диагностика с использованием для обследования больного различных приборов, аппаратов и инструментов.

Лабораторная диагностика – совокупность методов, направленных на анализ исследуемого материала с помощью различного специализированного оборудования.

Синдром – совокупность симптомов с общими этиологией и патогенезом.

Состояние – изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующее оказания медицинской помощи.

Уровень достоверности доказательств – отражает степень уверенности в том, что найденный эффект от применения медицинского вмешательства является истинным.

Уровень убедительности рекомендаций – степень уверенности в достоверности эффекта вмешательства и в том, что следование рекомендациям принесет больше пользы, чем вреда в конкретной ситуации

Хирургическое вмешательство – инвазивная процедура, может использоваться в целях диагностики и/или как метод лечения заболеваний.

Хирургическое лечение – метод лечения заболеваний путем разъединения и соединения тканей в ходе хирургической операции.

Рецидивирование заболевания – возобновление болезни после кажущегося полного выздоровления.

Исход заболевания – любой возможный результат, возникающий от воздействия причинного фактора, профилактического или терапевтического вмешательства, все установленные изменения состояния здоровья, возникающие как следствие вмешательства.



ПОРТАТИВНЫЙ АНАЛИЗАТОР «ЭТТА АМП-01»

Создан для дома, точен как лаборатория!



ЭКСПРЕСС-АНАЛИЗ МОЧИ

- > Используется для проведения экспресс-анализа проб мочи
- > Построен на современных фотоэлектрических и микропроцессорных технологиях

ОПИСАНИЕ



- Доказано соответствие лабораторному оборудованию
- Результат за 60 секунд
- Доступна вся история анализов
- Результаты легко отправить врачу через любой мессенджер или электронную почту
- Компактен, помещается в карман, легко взять в дорогу
- Не нужно использовать специальные приспособления для сбора мочи у младенцев

11 исследуемых параметров

1. Глюкоза (GLU)
2. Билирубин (BIL)
3. Относительная плотность (SG)
4. pH (PH)
5. Кетоновые тела (KET)
6. Скрытая кровь (BLD)
7. Белок (PRO)
8. Уробилиноген (URO)
9. Нитриты (NIT)
10. Лейкоциты (LEU)
11. Аскорбиновая кислота (VC)



КАК ПРИОБРЕСТИ

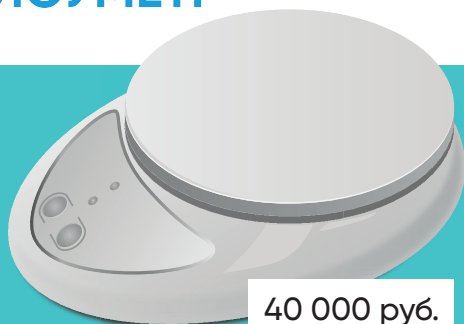
Телефон для заказа: **+7 (926) 017-52-14**
info@ettagroup.ru

Приложение ETТА доступно для iOS и Android:



ПОРТАТИВНЫЙ УРОФЛОУМЕТР «ФЛОУСЕЛФИ»

- › Портативный урофлоуметр для использования в амбулаторных и домашних условиях
- › Возможность суточного мониторинга нарушений мочеиспускания
- › Автоматическое построение дневника мочеиспускания
- › Возможность использования в режиме взвешивания



40 000 руб.



Описание

- Соответствует лабораторному оборудованию
- Результат – моментально
- В памяти прибора можно хранить 50 урофлоуграмм – 128 кБ
- Результаты легко отправить врачу через любой мессенджер, электронную почту, сохранить в формате pdf, распечатать
- Компактен, весит 160 г, легко взять в дорогу
- Количество процедур не ограничено
- Можно применять как в лечебном учреждении, так и в домашних условиях

Исследуемые параметры

1. Регистрирует дату и время начала проведения анализа.
2. Вычисляет время от начала обследования до начала мочеиспускания (время отсрочки) (в сек).
3. Вычисляет и отображает среднюю скорость мочеиспускания (в мл/с).
4. Вычисляет максимальную скорость за время мочеиспускания (в мл/с).
5. Вычисляет общий объем мочи (в мл).
6. Вычисляет общую продолжительность мочеиспускания (в сек).
7. Вычисляет общее время от начала старта мочеиспускания до выключения кнопки «СТОП».
8. Вычисляет и выводит данные в виде урофлоуграммы.
9. Сохраняет и хронологически нумерует серию урофлоуграмм в памяти мобильного устройства за период обследования.

Приложение ЕТТА для
iOS и Android:



Портативный урофлоуметр «ФЛОУСЕЛФИ»



КАК ПРИОБРЕСТИ: info@ettagroup.ru

ettagroup.ru

Редакция дайджеста:

- »» Главный редактор: Шадеркина Виктория Анатольевна
- »» Зам. главного редактора: Сивков Андрей Владимирович
- »» Шеф-редактор: Шадеркин Игорь Аркадьевич

Специальные корреспонденты:

- » Красняк Степан Сергеевич
- » Лелюк Анна Валерьевна

- »» Дизайн и верстка: Белова Оксана Анатольевна

Корректоры:

- » Лебедева Надежда Алексеевна
- » Йогансон Наталия

Тираж 1000 экземпляров

Распространение бесплатное – Россия

Периодичность 1 раз в 2 месяца

Аудитория – урологи, онкоурологи, урогинекологи, андрологи, детские урологи-андрологи, фтизиоурологи, врачи смежных специальностей

Издательство «УроМедиа»

Адрес редакции: 105094, г. Москва, Золотая улица, 11. БЦ «Золото», офис 2Б12

ISSN 2309-1835

Свидетельство о регистрации средства массовой информации
ПИ № ФС77-54663 от 09.07.2013

E-mail: info@uromedia.ru

www.urodigest.ru

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна!
В материалах представлена точка зрения, которая может не совпадать с мнением редакции.

Ответственность за содержание рекламных материалов несет рекламодатель.
Материал подлежит распространению исключительно в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий.



Издательский дом «УроМедиа»

Москва, 2025