

## ПУНКЦИЯ СОЛИТАРНОЙ КИСТЫ ПОЧКИ: ВИДЕОКОНТРОЛЬ

*Стальмахович В.Н.<sup>1</sup>, Ангархаева Л.В.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

<sup>2</sup> Иркутская государственная областная детская клиническая больница

**Актуальность.** пункционно-склерозирующее лечение солитарных кист почек у детей во многих клиниках России является методом выбора. Используются однократные пункции или пролонгированные катетеризации для многократного введения склерозанта. Главным преимуществом этой технологии лечения, кроме высокого процента эффективности, считается минимальная инвазивность.

**Цель:** проследить с использованием эндовидеотехнологий «судьбу» склерозанта при пункционном лечении солитарных кист почек.

**Материал и методы.** Анализируя опыт применения данного метода лечения у 96 детей, при изучении отдаленных результатов в сроки более 5 лет, в 7,2 % случаев выявили грубые рубцовые деформации паранефральной ткани и самой почки в зоне бывшей локализации кисты. Мы предположили, что это может быть следствием истечения склерозанта из полости кисты в паранефральное пространство. Для оценки степени герметичности полости кисты во время проведения процедуры, мы провели пункцию солитарной кисты почки под лапароскопическим контролем и выявили, что после прокола капсулы кисты и введения иглы в ее полость происходит истечение жидкости помимо иглы.

**Результаты и обсуждение.** Капсула, являющаяся фиброзной тканью, не обеспечивает герметичности полости и содержимое кисты вытекает. После полной аспирации содержимого кисты, введение физиологического раствора в ее полость объемом более 30 % от объема аспирата приводит к истечению жидкости через прокол помимо иглы. Склерозант, являющийся агрессивной жидкостью, попадает в паранефральные ткани, приводя к их химическому ожогу, асептическому воспалению. Именно этим фактом можно объяснить, выявленные в отдаленные сроки после пункционно-склерозирующего лечения, рубцовые деформации паренхимы почки и окружающих тканей.

**Выводы.** Пункционно-склерозирующее лечение солитарных кист приводит к истечению склерозанта в окружающие ткани, не зависит от техники выполнения этой процедуры и требует критического переосмысления ее использования.