

чение курса облучения мониторинг состояния слизистой оболочки проводился 1 раз в неделю, начиная с первого дня. Зонд КПОКТ с наружным диаметром 2,7 мм вводился через уретру без цистоскопа, что позволяло минимизировать травматизацию уретры. В качестве стандартных зон сканирования были выбраны точки, попадающие в зону облучения - на задней, правой, левой боковых стенках, в зоне треугольника Льюто и в шейке мочевого пузыря. Последовательно исследовали вышеуказанные области, получая по 2-3 изображения из каждой зоны. Полученные нами данные позволили на тканевом уровне проследить развитие изменений стенки мочевого пузыря в процессе лучевой терапии. КПОКТ-мониторинг слизистой мочевого пузыря продемонстрировал ранние изменения в первую очередь в подэпителиальных соединительнотканых структурах (уже на 10-12 Гр) и существенно более позднее появление признаков лучевой реакции уретерия.

До начала лучевой терапии и по ее окончании выполнялось цитологическое исследование мочи у 10 пациенток. При микроскопии осадков мочи до начала лучевой терапии в двух случаях выявлено наличие плоского эпителия с дистрофией, нейтрофильные лейкоциты и смешанная кокко-бациллярная флора - при цистоскопии у этих пациенток выявлена лейкоплакия в зоне треугольника Льюто. В 8 случаях в осадке мочи эпителия не выявлено. По завершении курса лучевой терапии лишь у 1 пациентки в цитологическом осадке выявлены клетки переходного эпителия с дегенеративными изменениями.

Таким образом, побочные эффекты лучевой терапии мочевого пузыря проявляются в первую очередь в изменении соединительнотканых подэпителиальных структур, что объективно фиксирует КПОКТ. Эпителий мочевого пузыря устойчив к радиационному поражению. Проведенные исследования позволяют ориентироваться во времени начала и длительности патогенетической терапии для профилактики развития лучевых циститов у пациенток, получающих лучевую терапию по поводу рака шейки матки или эндометрия.

Дивертикул ductus ejaculatoris - нестандартная причина обструкции верхних мочевых путей.

Темников Н. Д. Еркович А. А., Печурина И. И. Юров М. А.
Кафедра урологии НГМУ. Новосибирская Клиническая Больница
ФГУ «СОМЦ Росздрави». г. Новосибирск.

Дивертикул ductus ejaculatoris – редкое и малоизученное состояние. В нашем случае она имитировала кисту простаты, а после, кисту семенного пузырька. Причины их развития точно не известны. В большинстве случаев их лечение консервативное (многократные пункции) и не всегда эффективное. Хирургические методы достаточно не изучены.

Краткий обзор

Пациент К 49 лет поступил в отделение урологии НКБ ФГУ СОМЦ Росздрави 26.06.06. с жалобами: на боли в левой поясничной области в момент мочеиспускания, а так же боли в промежности особенно после семяизвержения, кровь в моче.

На момент поступления – стент в единственной левой почке, установленный 1 месяц назад по поводу почечной колики слева, гидронефроз – I, олигоанурии.

Anamnesis morbi

Пациент госпитализировался в НКБ ФГУ «СОМЦ Росздрави» - 8 раз. С 2003-2006 годы. Превый раз – Нефрэктомия справа по поводу опухоли почки. 3 раза пункции жидкостного образования простаты. 3 раза по поводу МКБ камня единственной левой почки, почечной колики слева и пиелонефрита левой почки. 1 раз с хроническим простатитом.

Status praesens

При поступлении 26.06.06. по УЗИ левой почки (на стенте): полная редукция гидронефроза, конкремент нижней группы чашечек (8,6 мм) единственной левой почки. На обзорной урограмме конкремент в проекции нижней группе чашечек, стент левой почки и