

даленном послеоперационном периоде у этих больных является императивное недержание мочи или затрудненное мочеиспускание (31%). Этим больным необходимо проведение медикаментозной терапии в течение длительного времени. С помощью анкетирования мы получили

сведения о детородной функции женщин, перенесших операции по поводу пузырно-влагалищных свищей. У 36 женщин после успешной фистулопластики наступила беременность, сохранить которую удалось 31 (96%).

Выводы. Влагалищное исследо-

вание, цистоскопия и экскреторная урография - основные методы диагностики пузырно-влагалищных свищей. Методом выбора оперативного лечения больных пузырно-влагалищными свищами является фистулопластика трансвагинальным доступом.

**ЛОРАН О.Б., ЛИПСКИЙ В.С.,
СПИРИН В.А., ПОПКОВ В.М.,
БЛЮМБЕРГ Б.И.**

Клиники урологии Московского государственного медикостоматологического университета и Саратовского государственного медицинского университета

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ, МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ И УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫМИ СВИЩАМИ

Основной целью диагностического процесса при различных заболеваниях является получение исчерпывающей информации, позволяющей выбрать оптимальный вариант лечения.

Принимая во внимание необходимость оценки анатомических взаимоотношений поврежденных органов мочеполовой системы и результатов пластических операций по поводу пузырно-влагалищных свищей мы в своей работе использовали современные методы лучевой и ультразвуковой диагностики. С этой целью до и после оперативного лечения пациенткам выполняли ультразвуковое сканирование мочевого пузыря (105 больных), компьютерную или магнитно-резонансную томографию таза (у 19 больных).

Ультразвуковые исследования проводились на аппаратах «Брюль и Кьер» (Дания) и Logic 500 MD-standart-50 Hz (General Electric Company). Обработка изображения на ультразвуковой системе Logic 500 осуществлялась в динамическом диапазоне панорамирования с увеличением на дисплее. Использовались конвексный датчик на 3,5 МГц (операционная ширина частот 2,5 - 5,5 МГц) и микроконвексный внутриполостной датчик на 6,5 МГц. У больных с пузырно-влагалищными свищами мы применяли трансабдоминальное, чрезвлагалищное и чрезпузырное ультразвуковое сканирование.

При ультразвуковых исследованиях, как правило, определяется

дефект пузырно-влагалищной перегородки, различной локализации и размеров. Выраженные рубцовые изменения в стенке мочевого пузыря или зоне фистулы на экране дисплея проявляются яркими эхосигналами от 0,2 - 0,3 до 0,8 - 1,0 см.

При точечных свищах, когда другие методики не информативны, эхография позволяет отчетливо визуализировать свищевой ход. Мы существенно упростили этот процесс, используя газосодержащую жидкость (М.Б.Афанасьев, 1995). У 5 больных с рецидивными пузырно-влагалищными свищами с помощью эхографии выявлены камни свищевого хода, располагавшиеся в полости пузырно-влагалищной перегородки после технической неправильно выполненной фистулопластики. Необходимо отметить, что в подобных ситуациях только ультразвуковое сканирование позволило установить правильный диагноз.

При ультразвуковом исследовании больных с пузырно-влагалищными фистулами, становится возможным оценить не только анатомическое состояние мочевого пузыря, его стенок, утолщений слизистой пузыря, свидетельствующих о ее воспалении, локализацию, размеры и форму свища, но, что особенно важно, оценить состояние окружающих мочевой пузырь тканей и клетчатки малой таза. Эта информация особенно важна, так как позволяет рационально провести предоперационную под-

готовку, направленную на санацию не только органов мочеполовой системы, но и очагов воспаления в окружающих мочевой пузырь тканях. Выполненные в динамике ультразвуковые исследования органов малого таза являются одним из основных критериев готовности больных с пузырно-влагалищными свищами к пластическим операциям. Малая инвазивность, минимальное отрицательное воздействие на организм и высокая информативность ультразвуковых исследований делают их использование в комплексной диагностике пузырно-влагалищных свищей весьма перспективным.

Компьютерная или магнитно-резонансная томография использованы нами у 19 больных для изучения анатомии тазовых органов у больных с пузырно-влагалищными свищами, перенесшими различные трансабдоминальные гинекологические операции, а также для оценки послеоперационных результатов.

Всем остальным больным выполнялись серии аксиальных и сагитальных сканирований на уровне тазовой области в режиме pelvic scan.

При этом оценивались следующие параметры: положение и форма мочевого пузыря, структура стенки мочевого пузыря, положение матки, состояние паравезикального пространства.

Не вызывает сомнений высокая информативность компьютерной или магнитно-ядерной томографии

в диагностике пузырно-влагалищных свищей и оценке состояния не только зоны фистул, но окружающих ее тканей и тазовой клетчатки. Полученная на томограммах информация - четкая и наглядная. Однако, сравнивая информацию, полученную с помощью компьютерной или ЯМР-томографии с тако-

вой, полученной при комплексном ультразвуковом исследовании, мы убедились в их идентичности.

Принимая во внимание вышеуказанный факт, а также стоимость исследования и объем лучевой нагрузки при компьютерной или магнитнорезонансной томографии, мы считаем использование

их в рутинной диагностике пузырно-влагалищных свищей нецелесообразным. Компьютерную и ямр-томографию следует применять в исключительных случаях при подозрении на онкологическую природу фистулы для избежания ненужной операции.

**ЛОРАН О.Б., ЛИПСКИЙ В.С.,
СПИРИН В.А., ПОПКОВ В.М.,
БЛЮМБЕРГ Б.И.**

Клиники урологии Московского
государственного медико-
стоматологического университета и
Саратовского государственного
медицинского университета

ДИНАМИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ И ДЕТОРОДНОЙ ФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ УСПЕШНУЮ ФИСТУЛОПЛАСТИКУ ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНОГО СВИЩА

В оценке результатов лечения больных пузырно-влагалищными свищами не последнюю роль играют сроки восстановления сексуальной и детородной функций пациенток.

Сведения о динамике восстановления сексуальной функции у больных, перенесших успешную фистулопластику получены путем анкетирования. Опрошены 123 женщины, средний возраст которых составил 41,6 лет. Сексуальная функция у 71 (57,7%) больной без гистерэктомии в анамнезе восстановилась в среднем через 4,8 месяца после фистулопластики. У 52 (42,3%) женщины, перенесших экстрипацию матки, сексуальная функция восстановилась только к 8-му месяцу после фистулопластики.

Несомненно важное значение для социальной реабилитации больных имеют беременность и роды после оперативного лечения пузырно-влагалищных свищей. Беременность при наличии пузырно-влагалищных свищей наступает крайне редко. Причины этого многочисленны, главным образом этические, так как эти женщины при постоянном подтекании мочи из влагалища практически не живут половой жизнью, а также физиологические, связанные с изменением биоценоза влагалища, слизистой пробки, нарушением функции яичников и пр. (В.И.Краснопольский и С.Н.Буянова, 1994). При ре-

шении проблемы беременности у женщин после успешной фистулопластики, прежде всего необходимо отметить, что рекомендовать зачатие ребенка можно не ранее, чем через 1,5-2 года после успешной операции, так как к этому времени окончательно завершаются репаративные процессы, нормализуется произвольное мочеиспускание, исчезает бактериурия. В течение этих лет женщинам, перенесшим фистулопластику рекомендуем использовать оральные контрацептивы, но только те, которые не влияют на функцию мочевыводящих путей. Внутриматочные контрацептивы в этих случаях противопоказаны.

Сведения о детородной функции мы получили с помощью анкетирования 36 женщин, у которых после успешной фистулопластики наступила беременность. Сохранить беременность удалось у 31 (86,1%) женщины. Родоразрешение у большинства из них осуществлено путем кесарева сечения. Этому методу родоразрешения после пластики пузырно-влагалищных свищей мы, как и большинство специалистов, отдаем предпочтение. Необходимо отметить, что операцию следует проводить в плановом порядке на 39-40 неделе беременности, то есть за 1-1,5 недели до предполагаемого срока родов и, следует добавить, только продольным корпоральным разрезом без вскрытия и

отсепаровки пузырно-маточной складки.

Таким образом, сексуальная функция у больных перенесших успешную фистулопластику пузырно-влагалищного свища восстанавливается как у женщин без гистерэктомии, так и у женщин, перенесших экстрипацию матки. В группе женщин без гистерэктомии в анамнезе сексуальная функция восстанавливается через 4,8 месяца, во второй группе - через 8 месяцев.

Женщинам репродуктивного возраста рекомендовать беременность можно не ранее, чем через 1,5-2 года после успешной фистулопластики. Вопрос о методе родоразрешения необходимо рассматривать в каждом конкретном случае индивидуально. При этом надо учитывать все особенности бывшего ранее процесса, характер этиологических факторов возникновения пузырно-влагалищных фистул и их последствий.