



## ОГЛАВЛЕНИЕ

Коллектив авторов .....	6
Список сокращений и условных обозначений.....	8
Введение .....	9
<b>I. ОБЩАЯ ЧАСТЬ.....</b>	<b>11</b>
<b>Глава 1.</b> Из истории вопроса.....	<b>13</b>
<b>Глава 2.</b> Топографическая анатомия наружных половых органов .....	<b>17</b>
<b>Глава 3.</b> Топографическая анатомия влагалища .....	<b>26</b>
<b>Глава 4.</b> Топографическая анатомия тазового дна .....	<b>33</b>
<b>Глава 5.</b> Пропалс тазовых органов.....	<b>39</b>
5.1. Классификация пропалса тазовых органов .....	<b>40</b>
<b>Глава 6.</b> Топографическая анатомия мочевыводящих путей.....	<b>43</b>
<b>Глава 7.</b> Подготовка больной к влагалищной операции .....	<b>54</b>
7.1. Микроэко система влагалища .....	<b>55</b>
<b>Глава 8.</b> Инструменты для проведения влагалищных операций.....	<b>68</b>
<b>Глава 9.</b> Организация операционной работы при влагалищных операциях.....	<b>70</b>
<b>II. СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ .....</b>	<b>73</b>
<b>Глава 10.</b> Операции, выполняемые по поводу опущений и выпадений влагалища и матки, а также при неправильных положениях матки.....	<b>75</b>
10.1. Передняя кольпорафия .....	<b>76</b>
10.2. Задняя кольпорафия и перинеолеваторопластика.....	<b>79</b>
10.3. Манчестерская операция.....	<b>90</b>
10.4. Срединная кольпорафия (операция Нейгебауэра–Лефора) .....	<b>92</b>

10.5. Вагинопексия с применением синтетических имплантатов .....	97
10.6. Кольпоклейзис .....	109
<b>Глава 11.</b> Влагалищная экстирпация матки .....	111
11.1. Методика выполнения влагалищной гистерэктомии с использованием традиционного лигирования .....	112
11.2. Методика выполнения влагалищной гистерэктомии с использованием электрохирургического гемостаза .....	117
11.3. Особенности ведения послеоперационного периода после влагалищной гистерэктомии .....	122
<b>Глава 12.</b> Хирургическое лечение истмико-цервикальной недостаточности .....	123
12.1. Влагалищный цервикальный серкляж .....	123
12.2. Хирургическое лечение истмико-цервикальной недостаточности вне беременности .....	128
<b>Глава 13.</b> Влагалищные операции по поводу недержания мочи .....	134
13.1. Субуретральные slingовые операции с использованием аутогенных тканей .....	135
13.2. Субуретральные slingовые операции с использованием синтетических имплантатов .....	146
<b>Глава 14.</b> Мочеполовые свищи .....	157
14.1. Операция зашивания пузырно-влагалищных свищей .....	159
14.2. Операция зашивания пузырно-шеечных свищей .....	162
14.3. Операция зашивания мочеточниково-влагалищных свищей .....	163
14.4. Операция восстановления разрушенной уретры .....	165
<b>Глава 15.</b> Наиболее часто встречающиеся осложнения .....	171
15.1. Осложнения, ассоциированные с влагалищным доступом для экстирпации матки .....	171
15.2. Имплантат-ассоциированные осложнения .....	174

<b>Глава 16. Эстетическая коррекция наружных женских половых органов. Лабиопластика</b> .....	178
16.1. Методика выполнения линейной резекции малых половых губ. ....	180
16.2. Методика выполнения V-образной (клиновидной) резекции малых половых губ. ....	180
Заключение .....	183
Список литературы .....	185

# Глава 1

## Из истории вопроса

Влагалищный доступ может быть использован в двух направлениях:

- для коррекции состояния стенок влагалища, ТД, тканей промежности, чаще всего речь идет о ПТО;
- для оперативных вмешательств на матке и придатках матки [1, 2].

Несмотря на многолетнюю историю вопроса хирургической коррекции ПТО и стрессового недержания мочи (СНМ) и применение большого количества различных оперативных вмешательств, долгое время оставалась очевидной их недостаточная эффективность [3]. Причем для коррекции того же ПТО исторически использовали как влагалищный, так и лапаротомный доступ [4].

Определенный прогресс в лечении ПТО и СНМ связан с возникновением «интегральной теории недержания мочи», которая упорядочила накопленные знания об анатомии и функции мышечно-фасциального аппарата ТД и определила анатомические структуры, «ответственные» за возникновение той или иной патологии органов малого таза [5, 6]. То есть речь идет о конце XX – начале XXI в.

Влагалищную гистерэктомию выполняли задолго до первой задокументированной попытки произвести удаление матки абдоминальным доступом. Первое упоминание о влагалищной гистерэктомии приходится на II столетие до н.э. [7]. Есть упоминание, что врач Soranus из Эфеса ампутировал гангренозную матку через влагалище.

Итальянец J. Berenario выполнил гистерэктомию влагалищным доступом в 1517 г., в 1560 г. Andrea della Croce из Испании также осуществил данное оперативное вмешательство. Первые сообщения о выполнении гистерэктомии профессиональными хирургами относятся к началу XIX в. В 1808 г. F.V. Osiender представил данные о восьми влагалищных гистерэктомиях, однако все больные после операции погибли. Baudelocque из Франции выполнил 23 влагалищные гистерэк-

томии. В 1810 г. Wrisberg представил Венской Королевской академии рекомендации по проведению гистерэктомии при раке матки. Первая успешная гистерэктомия была выполнена также влагалищным доступом при раке матки в Германии в 1813 г. Concard von Langenbeck, а в 1822 г. — J.N. Sauter Barden. В России, согласно данным Д.О. Отта [8], «первая экстирпация матки влагалищным путем была произведена в 1847 г. А.-Л. Китером и Елачичем в Казани». Однако, по мнению Д.О. Отта, «влагалищное чревосечение начало развиваться лишь с 70-х гг. (речь идет о XIX в.), и в настоящее время, благодаря усовершенствованию оперативной техники, достигло значительного распространения».

Во Франции широкое распространение получил так называемый «клеммовый способ» оперирования. Сторонники клеммирования связок и сосудов выделили ряд преимуществ этой методики: значительное сокращение времени операции, отсутствие лигатур в брюшной полости, что в то время, учитывая возможности обезболивания и качество шовного материала, являлось весьма значимым. В России же и в Германии клеммовый способ не прижился, очевидно, за счет недостатков, описанных в работах хирургов этих стран, таких как большая вероятность кровотечения, а также более выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде и длительный постельный режим [9, 10].

Кроме метода оставления зажимов, существовал также «лигатурный» способ оперирования, при котором на культе связок накладывались длинные лигатуры, концы которых выводились наружу через влагалище, а через некоторое время нити удалялись. В этих двух способах влагалище не ушивали, оставляя тампон, и рана заживала вторичным натяжением [7].

В работе Н.Ф. Суторихина 1900 г. описано 11 случаев окончания операции путем зашивания сводов влагалища наглухо. К преимуществам автор относит «заживление *per prima*, адекватный гемостаз, отсутствие спаечного процесса, значительное ускорение заживления» [11].

На IV конгрессе хирургов в Германии в 1885 г. проф. Краске впервые предложил свой оперативный метод при раке прямой кишки, который до того времени считался неоперабельным вследствие своего «высокого положения в тазу». Метод операции состоит в том, что к опухоли подходят со стороны крестца, а не со стороны ануса, как это делали прежде. Вслед за появлением операции Kraske хирурги и гинекологи пытались применить этот доступ для экстирпации матки. Производился разрез по средней линии крестца от его середины до верхушки копчика, затем рассекались мягкие ткани и крестцово-седалищные связки. При необ-

ходимости, если пространство недостаточно, расчленялся копчик, и выполняли частичную резекцию крыла крестцовой кости или поперечную резекцию крестца. В 1888 г. Hohenegg впервые использовал этот метод для экстирпации матки, он также удалял резецированный участок кости, проникал в дугласово пространство, широко вскрывал последнее и экстирпировал матку [7].

Herzteld подробно описал способ ведения операции экстраперитонеально и использовал этот доступ только при онкологической патологии. За ними следует модифицированный метод операции Kraske, временная остеопластическая резекция крестцовой кости по Hehar. Hehar уже не удалял резецированный сегмент кости, а оставлял его в полном соединении с надкостницей задней поверхности крестца и только временно отворачивал его кзади. После операции участок кости снова возвращался на место. Существовал ряд оперативных доступов без разделения крестцовой кости. К ним относятся парасакральный метод Wotfler и параректальный E. Zuckerkandl, перианальный Otto Zuckerkandl и *perineotomia* Sangera. Однако большая травматичность этих операций не позволила им найти широкого применения. В России описаны случаи выполнения этих операций только на трупах. В конце XIX в. технику выполнения влагалищной гистерэктомии систематически совершенствовали Czerny, С.А.Т. Billroth, Mikulicz, C. Schroeder, Kocher, Teuffel и S. Wells [7].

Процент осложнений и смертности, приводимый в литературных источниках конца XIX – начала XX в., у разных хирургов зависит от их предпочтения влагалищного или абдоминального доступа для экстирпации матки. Так, согласно данным T.S. Cullen, с 1889 по 1906 г. в госпитале J. Норкинс было выполнено 969 абдоминальных гистерэктомий, при этом смертность составила 5,9%.

По статистике, приведенной Winter в 1904 г. для целого ряда операций, процент смертности при 689 чревосечениях, где пришлось прибегнуть к надвлагалищному усечению фиброматозной матки, равен 4,6%. В 893 же случаях, оперированных влагалищным путем, получили лишь 2,6% смертности.

Д.О. Отг в монографии «Оперативная гинекология» (1914) приводит следующие статистические данные: «В руководимых мною клиниках за период с 1885 по 1912 гг. было произведено всего 1454 операции удаления фибромиом, из этого числа в 527 случаях операция сделана путем брюшностеночного чревосечения с 41 смертельным исходом, следовательно, с 7,8% смертности и в 927 случаях — путем влагалищного чревосечения с 12 летальными исходами, следовательно, с 1,3% смертности»

[8]. Вообще же в русской хирургии тех лет по материалам, собранным Д.О. Оттом, процент смертности после влагалищных гистерэктомий составлял 10,3%. На V международном съезде акушеров-гинекологов его сотрудниками были сделаны сообщения о 1375 влагалищных операциях. В докладе «Чем обуславливаются лучшие результаты при влагалищных чревосечениях по сравнению со брюшностеночными?» Д.О. Отт указал на следующие преимущества вагинального доступа: «Органы брюшной полости меньше подвергаются охлаждению и травматизации, в силу чего имеется и меньше условий для развития шока, дренирование операционного поля в случае необходимости проводится более совершенно, проведение асептики более легкое и надежное, самочувствие больных меньше нарушается, сокращается длительность операции, достигается простая и вполне надежная остановка кровотечения, послеоперационный уход представляется крайне простым». Сопоставляя полученные результаты влагалищных и абдоминальных операций, Д.О. Отт утверждал, что, «несомненно, нужно отдать предпочтение вагинальному доступу при полном удалении матки (экстирпации), почти не дающей смертности» [8].

Другой известный российский гинеколог проф. А.П. Губарев высказывал свое мнение следующим образом: «Общепринято считать, что после влагалищных операций самочувствие больных бывает лучше, инфекция встречается реже и даже осложнения протекают легче, не говоря уже о безопасности относительно жизни или о возможности последовательного развития грыжи — главных преимуществах влагалищных операций при сравнении их с абдоминальными» [12].