ОГЛАВЛЕНИЕ

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

10.5. Вагинопексия с применением синтетических имплантатов	97
10.6. Кольпоклеяис	109
Глава 11. 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
Глава 12. Хирургическое лечение истмико-цервикальной недостаточности	123
12.1. Влагалищный цервикальный серкляж	123
12.2. Хирургическое лечение истмико-цервикальной недостаточности вне беременности	128
Глава 13. 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
Глава 14. 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
Глава 15. Наиболее часто встречающиеся осложнения	171
15.1. Осложнения, ассоциированные с влагалищным доступом для экстирпации матки	171
15.2. Имплантат-ассоциированные осложнения	174

Глава 16. Эстетическая коррекция наружных женских половых органов. Лабиопластика	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. Hoheneegg 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].