

УДК 618.15-089(084.42)
ББК 57.157я61
P17

ОЗ-АМЛ-1767

Раз, Шломо

P17 Атлас реконструктивной хирургии влагалища / Шломо Раз ; пер. с англ. под ред. В. Е. Радзинского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 312 с.: ил.

ISBN 978-5-9704-4733-8 (рус.)

ISBN 978-1-4939-2940-5 (англ.)

В книге представлено полное пошаговое описание хирургических техник, отработанных автором более чем на 13 000 операций по реконструктивной хирургии влагалища. Рассмотрен широкий круг вопросов, касающихся хирургического вмешательства при недержании мочи, пролапсе, дивертикулах уретры, вагинальных свищах, а также реконструктивных процедур, операций при обструкции уретры, кистах и опухолях влагалища и, кроме того, осложнений операций. В каждой главе в сжатой форме изложены сведения по диагностике, показаниям к операциям и хирургической технике как таковой. Серии последовательных фотографий и рисунков, включенных в руководство, также позволяют читателю пошагово осваивать предлагаемые технологии.

«Атлас реконструктивной хирургии влагалища» является ценным источником информации для урологов, гинекологов и других специалистов, область интересов которых затрагивает реконструктивную хирургию влагалища.

УДК 618.15-089(084.42)
ББК 57.157я61

First published in English under the title
Atlas of Vaginal Reconstructive Surgery
by **Shlomo Raz**

© Springer Science+Business Media New York 2015

This edition has been translated and published under licence from
Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature.

Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature takes no responsibility
and shall not be made liable for the accuracy of the translation.

All Rights Reserved

Впервые опубликовано на английском языке под названием:

Atlas of Vaginal Reconstructive Surgery
by **Shlomo Raz**

© Springer Science+Business Media New York 2015

Данное издание переведено и опубликовано по согласованию с
Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature.

Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature не несет
ответственности за точность перевода.

Все права защищены

ISBN 978-5-9704-4733-8 (рус.)
ISBN 978-1-4939-2940-5 (англ.)

© Springer Science+Business Media New York 2015

© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», перевод на русский язык, 2019

© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», оформление, 2019

Оглавление

Предисловие к изданию на русском языке.....	11
Предисловие к изданию на английском языке.....	13
Глава 1. Анатомия тазового дна.....	15
1.1. Кости и связки таза.....	15
1.1.1. Крестцово-остистая связка.....	15
1.1.2. Крестцово-бугорная связка.....	16
1.1.3. Запирательная мембрана.....	16
1.2. Мускулатура таза.....	18
1.3. Анатомия промежности.....	20
1.4. Опора тазовых органов.....	21
1.4.1. Опора уретры.....	23
1.4.2. Фиксация мочевого пузыря: Везикопельвикальная фасция и связки.....	27
1.4.3. Опора матки и сводов влагалища.....	30
1.4.4. Опора задней стенки влагалища и прямой кишки.....	31
1.5. Иннервация и кровоснабжение таза.....	34
Глава 2. Хирургическое лечение стрессового недержания мочи.....	37
2.1. Механизмы удержания мочи в норме.....	37
2.1.1. Силы смыкания уретры: сфинктерный аппарат.....	37
2.1.2. Длина уретры.....	40
2.1.3. Анатомическая фиксация.....	40
2.1.4. Изменения уретры при напряжении: компенсаторные механизмы.....	43
2.2. Клинические соотношения.....	45
2.3. Хирургические соотношения.....	48
2.4. Лечение стрессового недержания мочи.....	49
2.4.1. Показания к операции.....	49
2.5. Везикопексия (укрепление шейки мочевого пузыря, операция Раза) . . .	49
2.5.1. Показания.....	49
2.5.2. Предоперационное обследование.....	50
2.5.3. Хирургическая техника.....	50
2.5.4. Интраоперационные осложнения.....	55
2.5.5. Послеоперационное ведение.....	55
2.5.6. Послеоперационные осложнения.....	55
2.6. Дистальный уретральный полипропиленовый слинг.....	56
2.6.1. Показания.....	56
2.6.2. Хирургическая техника.....	56
2.6.3. Послеоперационные осложнения.....	60
2.7. Абдоминальные аутологичные фасциальные слинги (пубовагинальный слинг).....	61
2.7.1. Показания.....	62
2.7.2. Хирургическая техника: аутологичный фасциальный пубовагинальный слинг.....	62
2.7.3. Хирургическая техника: омегавидный аутологичный фасциальный слинг.....	67

2.8. Аутологичный фасциальный слинг широкой фасцией бедра.....	69
2.8.1. Аутологичный фасциальный слинг с использованием широкой фасции бедра.....	69
2.8.2. Хирургическая техника.....	70
2.8.3. Послеоперационное ведение.....	70
2.9. Спиральные слинги.....	75
2.9.1. Показания. Техника операции.....	75
2.9.2. Хирургическая техника.....	75
2.9.3. Послеоперационные осложнения.....	75
Глава 3. Оперативное лечение выпадения (пролапса) передней стенки влагалища.....	80
3.1. Цистоуретроцеле.....	80
3.1.1. Показания.....	80
3.1.2. Диагностика.....	80
3.1.3. Хирургическая техника устранения цистоцеле.....	82
3.1.4. Послеоперационное ведение.....	94
3.1.5. Интраоперационные осложнения.....	94
3.1.6. Послеоперационные осложнения.....	94
3.1.7. Устранение бокового и центрального дефектов при помощи широкой фасции бедра у пациенток с рецидивирующим цистоцеле.....	98
3.2. Трансвагинальная гистерэктомия при выпадении матки.....	102
3.2.1. Показания.....	102
3.2.2. Диагностика.....	102
3.2.3. Хирургическая техника.....	103
3.2.4. Послеоперационное ведение.....	103
3.2.5. Интраоперационные осложнения.....	103
3.2.6. Послеоперационные осложнения.....	103
3.3. Трансвагинальное устранение энтероцеле и опущения тазового дна.....	111
3.3.1. Показания.....	112
3.3.2. Диагностика.....	112
3.3.3. Предоперационные замечания.....	112
3.3.4. Хирургическая техника устранения энтероцеле.....	115
3.3.5. Интраоперационные осложнения.....	124
3.3.6. Послеоперационное ведение.....	124
3.3.7. Послеоперационные осложнения.....	124
3.4. Восстановление задней стенки влагалища.....	125
3.4.1. Показания.....	125
3.4.2. Классификация.....	126
3.4.3. Предоперационная подготовка.....	127
3.4.4. Диагностика.....	127
3.4.5. Хирургическая техника.....	129
3.4.6. Послеоперационное ведение.....	129
3.4.7. Послеоперационные осложнения.....	129
3.5. Устранение грыжи промежности.....	138
3.5.1. Показания.....	138
3.5.2. Предоперационная подготовка.....	138
3.5.3. Хирургическая техника.....	140
3.5.4. Послеоперационное ведение.....	140
3.5.5. Послеоперационные осложнения.....	140
3.6. Чрезвлагалищное параректальное устранение выпадения прямой кишки.....	142
3.6.1. Показания.....	142
3.6.2. Дооперационная подготовка.....	142
3.6.3. Хирургическая техника.....	143
3.6.4. Послеоперационное ведение.....	143
Глава 4. Иссечение дивертикула уретры.....	147
4.1. Показания к хирургическому лечению и виды манипуляций.....	147
4.2. Диагностика.....	148
4.3. Хирургическая техника.....	151

4.4. Уход за пациенткой после манипуляции.....	159
4.5. Внутриоперационные осложнения.....	159
4.6. Послеоперационные осложнения.....	159
Глава 5. Трансвагинальная коррекция свищей.....	160
5.1. Пузырно-вагинальные и уретровагинальные свищи.....	160
5.1.1. Диагностика.....	160
5.1.2. Показания к хирургическому лечению.....	161
5.1.3. Предоперационные рекомендации.....	161
5.1.4. Интраоперационные осложнения.....	191
5.1.5. Послеоперационное ведение.....	191
5.1.6. Послеоперационные осложнения.....	191
5.2. Восстановление ректовагинальных свищей.....	192
5.2.1. Показания.....	192
5.2.2. Диагностика.....	192
5.2.3. Предоперационная подготовка.....	192
5.2.4. Хирургическая техника.....	192
5.2.5. Интраоперационные осложнения.....	196
5.2.6. Послеоперационный уход.....	196
5.2.7. Послеоперационные осложнения.....	196
5.3. Восстановление ректоперинеальных свищей.....	196
5.3.1. Диагностика.....	196
5.3.2. Предоперационная подготовка.....	196
5.3.3. Хирургическая техника.....	196
5.3.4. Интраоперационные осложнения.....	205
5.3.5. Послеоперационный уход.....	205
5.3.6. Послеоперационные осложнения.....	205
Глава 6. Реконструктивная хирургия.....	206
6.1. Реконструкция анального сфинктера.....	206
6.1.1. Показания.....	206
6.1.2. Диагностика.....	207
6.1.3. Хирургическая техника.....	208
6.1.4. Послеоперационный уход.....	211
6.1.5. Интраоперационные осложнения.....	211
6.1.6. Послеоперационные осложнения.....	211
6.2. Закрытие шейки мочевого пузыря.....	213
6.2.1. Показания.....	213
6.2.2. Диагностика.....	213
6.2.3. Хирургическая техника.....	213
6.2.4. Послеоперационный уход.....	219
6.2.5. Интраоперационные осложнения.....	219
6.2.6. Послеоперационные осложнения.....	219
6.3. Создание новой уретры.....	220
6.3.1. Показания.....	220
6.4. Лабиопластика при избыточных половых губах.....	226
6.4.1. Показания.....	226
6.4.2. Хирургические процедуры.....	226
6.4.3. Послеоперационный уход.....	229
6.4.4. Осложнения.....	229
Глава 7. Обструкция шейки мочевого пузыря.....	231
7.1. Причины обструкции уретры.....	231
7.2. Диагностика обструкции уретры.....	231
7.2.1. Диагностика невозможности мочеиспускания после оперативных вмешательств по поводу недержания мочи.....	232
7.3. Предоперационные замечания.....	232
7.4. Хирургическая техника.....	233
7.4.1. Наблюдение 1: обструкция уретры после наложения слинга.....	233
7.4.2. Наблюдение 2: эрозия уретры после слинговой операции.....	234
7.4.3. Наблюдение 3: вторичное цистоцеле после наложения слинга.....	234

7.4.4. Наблюдение 4: обструкция после операции Берча.....	235
7.4.5. Наблюдение 5: задержка мочи за счет дивертикула дистальной уретры [киста парауретральной (скенновой) железы].....	236
7.4.6. Наблюдение 6: обструкция на почве тромбоза дистальной уретры.....	237
7.4.7. Наблюдение 7: уретролизис и позадилонный лоскут Мартиуса при задержке мочи.....	237
7.4.8. Наблюдение 8: уретролизис из доступа над наружным отверстием уретры и позадилонное проведение лоскута Мартиуса при рецидивирующей задержке мочи.....	240
7.4.9. Наблюдение 9: трансуретральная резекция шейки мочевого пузыря при выраженной ее обструкции.....	243
7.4.10. Наблюдение 10: задержка мочи, обусловленная периуретральным абсцессом после имплантации Durasphere™.....	244
7.4.11. Наблюдение 11: стриктура дистальной уретры.....	246
7.4.12. Наблюдение 12: ликвидация стриктуры среднего отдела уретры с использованием техники Гейнеке—Микулича.....	247
7.4.13. Наблюдение 13: супрамеатальный передний поворотный (ротационный) уретральный лоскут на ножке для коррекции стриктуры уретры.....	250
Глава 8. Влагалищные кисты и опухоли.....	253
8.1. Киста бартолиниевой железы.....	254
8.2. Киста скенновой железы.....	256
8.3. Эктопическое уретероцеле, проявившееся в виде кисты влагалища.....	258
8.4. Включенная киста передней стенки влагалища.....	259
8.5. Эндометриома.....	260
8.6. Лейомиома (фиброид) стенки влагалища.....	261
8.7. Фиброаденома уретры.....	262
8.8. Киста гартнерова протока, располагающаяся на передней стенке влагалища.....	262
8.9. Киста мюллерова протока.....	264
8.10. Дистальный тромбоз слизистой уретры.....	265
8.11. Лейомиома (фиброид) задней стенки влагалища и промежности.....	266
8.12. Хондрома нисходящей ветви лонной кости.....	267
8.13. Вызвавшая обструкцию большая лейомиома уретры.....	268
Глава 9. Осложнения влагалищной хирургии (трансвагинальных оперативных вмешательств).....	273
9.1. Кровотечение.....	274
9.2. Инфекция.....	275
9.3. Травма мочевого пузыря (перфорация).....	276
9.4. Травма мочеиспускательного канала.....	281
9.5. Травма мочеточника.....	287
9.6. Травма кишечника и прямой кишки.....	290
9.7. Неврологическая травма.....	292
9.8. Тазовая боль. Пролабирование или эрозия сетки.....	292
9.8.1. Удаление тазовой сетки: показания и предоперационная оценка.....	294
9.8.2. Удаление субуретрального сегмента сетки.....	296
9.8.3. Удаление позадилонной сетки.....	297
9.8.4. Удаление obturatorного слинга.....	299
9.8.5. Удаление передней сетки без рукавов при коррекции цистоцеле ...	301
9.8.6. Удаление передней сетки с четырьмя рукавами (скреплениями) при коррекции цистоцеле.....	302
9.8.7. Удаление задней сетки.....	303
9.9. Рецидивирующий пролапс.....	305
9.10. Вновь развившееся (<i>De Novo</i>) ургентное недержание мочи.....	306
9.11. Обструкция шейки мочевого пузыря.....	307
9.12. Сужение (стеноз) влагалища.....	308
9.13. Рецидив стрессового недержания мочи.....	309
Предметный указатель.....	311

Предисловие к изданию на русском языке

Атлас, впервые издаваемый на русском языке, — своего рода мировой бестселлер. Это одно из первых практических пособий, затронувших пока не решенную мировую проблему — акушерский травматизм и его последствия.

Суть проблемы вроде бы проста: в отличие от животного мира, в человеческой популяции количество травм родовых путей во время родов не имеет тенденции к сокращению. Ни одно из многочисленных многовековых пособий реально не снизило травмы в родах и их последствия. Даже тотальный рост кесаревых сечений, достигающий абсурдных 50—60% в некоторых странах, не уменьшил относительную частоту акушерского травматизма. Причем речь не идет об экономически слаборазвитых странах, где ранние браки и роды стали отдельной проблемой со специальными медицинскими учреждениями для спасения жизней и попыток возврата приемлемого качества жизни юных женщин, ставших жертвами замужества в 12—14 лет. Вот уже полвека попытки даже на уровне правительств повысить брачный возраст встречают мощное сопротивление традиционалистов. Из самых известных примеров — Пакистан, 1989. Прогрессивный премьер-министр Беназир Бхутто предложила повысить брачный возраст для девушек с 12 до 14 лет, что не только не было поддержано клерикалами и политиками, но и сама премьер-министр была убита «за слишком прогрессивные воззрения».

С другой стороны, снижение в мире и рождаемости, и материнской смертности (погибают 300 тыс. в год, а не 600 тыс., как в начале века) усугубило проблему появлением большого количества едва не умерших женщин («near miss»), подвергшихся многочисленным операциям и манипуляциям во время спасения их жизней. А дальше либо активная тактика по принципу «зияющая половая щель — показание к восстановлению тазового дна и промежности», без чего никогда не восстановится нормоценоз и связанные с дисбиозом болезни и синдромы, — которые, увы, редкость! Либо любые паллиативные решения и действия вплоть до pessaries и/или «лифтингов», совершенно бесполезных там, где разорвана фасция!¹

Еще хуже налажена помощь женщинам с недержанием мочи. Значительная часть их к врачу не обращаются из-за ложной стыдливости, страха, медицинской неграмотности и становятся аутоизгоями: они дурно пахнут, иногда памперсы не спасают от «мокрых» ощущений, etc.! А продолжительность жизни увеличивается, пенсионный возраст растет, и почти половину жизни женщина с вполне излечимыми состояниями будет проводить в дискомфорте. Но ведь, помимо трудовой деятельности, женщина пенсионного возраста выполняет свои семейные функции: хозяйки дома, жены, матери, бабушки, прабабушки. Ведь скоро 80+, но с пролапсом гениталий, недержанием мочи, да еще в сочетании с длительным эстрогеновым дефицитом не то что выполнять эти функции, просто жить очень тяжело.

В России при 1 млн 800 тыс. родов (2016) потребность в восстановлении тазового дна достигает 250—260 тыс./год. На деле выполняется таких операций в 10 раз меньше. Причин много: медицинская непросвещенность, убеждение самих женщин, что «у всех так»; незнание и непонимание проблемы врачами

¹ См. «Нехирургический дизайн промежности»/под ред. В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017; 256 с.

амбулаторного звена: «мочу удерживает, и хорошо»; неготовность многих стационаров выполнять хирургические операции влагалищным доступом. Это напрасно! Жизнь меняет медицину на наших глазах, «опустошаются» гинекологические отделения. Стало понятно, что занятость половины их коечного фонда беременными с часто надуманной «угрозой невынашивания» бессмысленна. Раздельные диагностические выскабливания вредны — их заменяет амбулаторная вакуум-аспирация под контролем гистероскопии (это еще 25% ненужных госпитализаций); с переходом на медикаментозный аборт вместо хирургического освобождаются еще 18% коек! Кто же остается? Миомэктомий и пельвиоперитонитов на всех не хватит?! Для сохранения гинекологических отделений необходим весь спектр операций на тазовом дне и влагалище. Об этом подробно написано в трех изданиях книги «Перинеология»¹ и готовящейся к выходу монографии «Эстетическая гинекология. Дизайн промежности»².

Предлагаемый атлас — это конкретное руководство и для осваивающего технику начинающего врача, и для мэтра, посвятившего жизнь пластической хирургии. Этот диапазон обеспечен положенным на бумагу практическим опытом автора, который очень точно в нужных местах подсказывает ожидаемые трудности и пути их профилактики и преодоления.

Несомненная польза издания очевидна и станет еще одним шагом на пути необходимого практического избавления от реальных страданий женщин нашей страны и всего мира.

*Заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАН,
доктор медицинских наук, профессор, заведующий
кафедрой акушерства и гинекологии РУДН
В.Е. Радзинский*

¹ Перинеология / под ред. В.Е. Радзинского. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: РУДН, 2010. — 372 с.

² Эстетическая гинекология. Дизайн промежности / под ред. В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.

1.5. Иннервация и кровоснабжение таза

На рис. 1.17—1.19 показаны схемы иннервации и кровоснабжения таза и промежности, позволяющие лучше понять анатомию таза в целом.

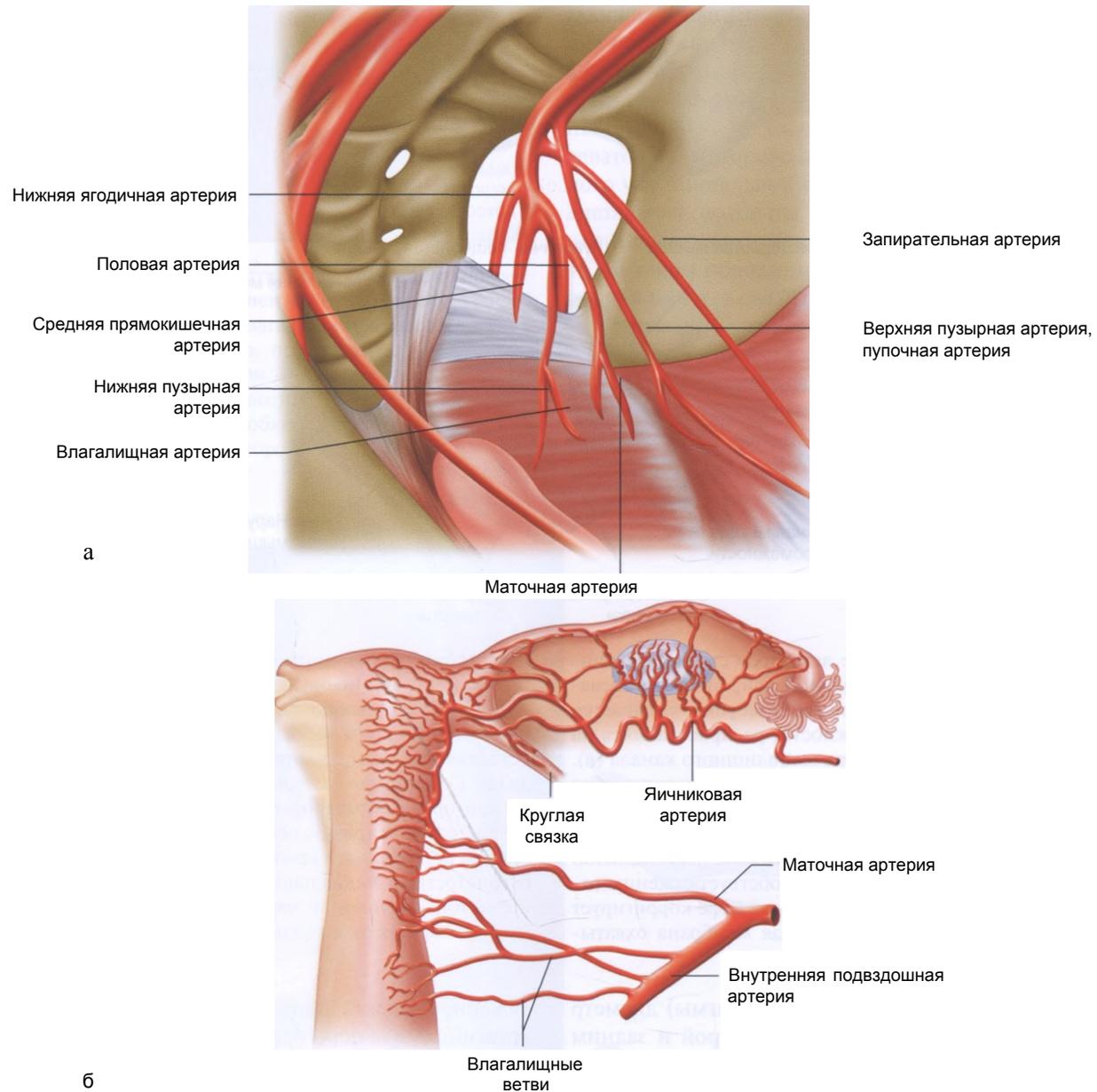


Рис. 1.17. Передняя ветвь внутренней подвздошной артерии обеспечивает кровоснабжение органов таза (а). Половая и нижняя ягодичная артерии идут позади крестцово-остистых связок. Другими ветвями внутренней подвздошной артерии являются пупочная, верхняя пузырная, маточная, нижняя пузырная, влагалищная

и средняя прямокишечная артерии. Влагалищная и маточная артерии, притоки внутренней подвздошной артерии обеспечивают кровоснабжение влагалища и матки множественными мелкими ветвями (б). Они анастомозируют с отходящей от аорты яичниковой артерией

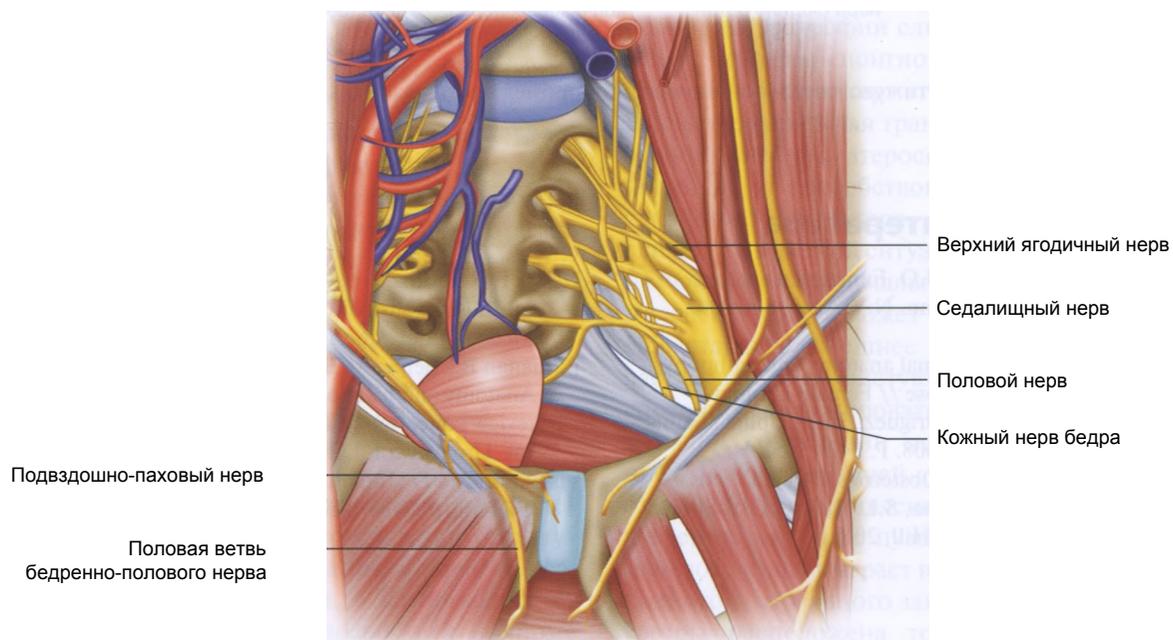
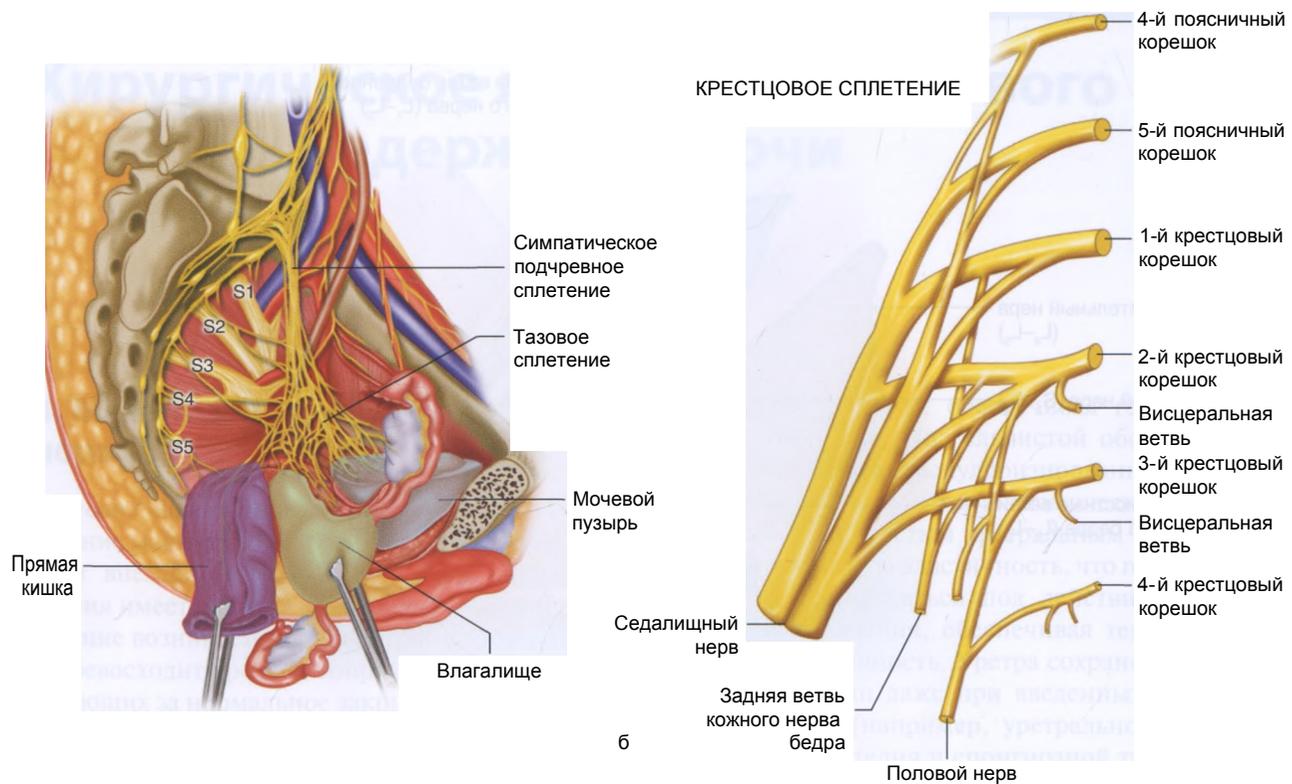


Рис. 1.18. Подчревное симпатическое сплетение спускается вокруг аорты и крупных сосудов таза, соединяется с висцеральными ветвями крестцовых корешков (S_2 , S_3 , S_4), формируя тазовое сплетение латерально по отношению к матке и прямой кишке (а). Тазовое сплетение обеспечивает висцеральную (симпатическую и парасимпатическую) иннервацию мочевого пузыря, влагалища, матки и прямой кишки. Передние ветви крестцового сплетения, исходящего из крестцовых корешков S_2 , S_3 , S_4 , своими соматическими и чувствительными волокнами обеспечивают иннервацию кожи и мускулатуры таза (б). Висцеральные ветви крестцовых корешков соединяются с симпатическими ветвями подчревного

сплетения (T_9-L_5), образуя тазовое сплетение. Исходящий из крестцового сплетения половой нерв обеспечивает висцеральную и соматическую иннервацию большинства мышц и внутренних органов таза (в). Кожный нерв бедра выходит позади седалищной вырезки, направляя половые ветви, иннервирующие заднюю часть промежности и нижние половые губы. Подвздошно-паховый нерв иннервирует надлобковую область и верхние половые губы. Половые ветви бедренно-полового нерва иннервируют область половых губ. Срамной нерв обеспечивает соматическую (чувствительную и двигательную) иннервацию мускулатуры таза и кожи промежности

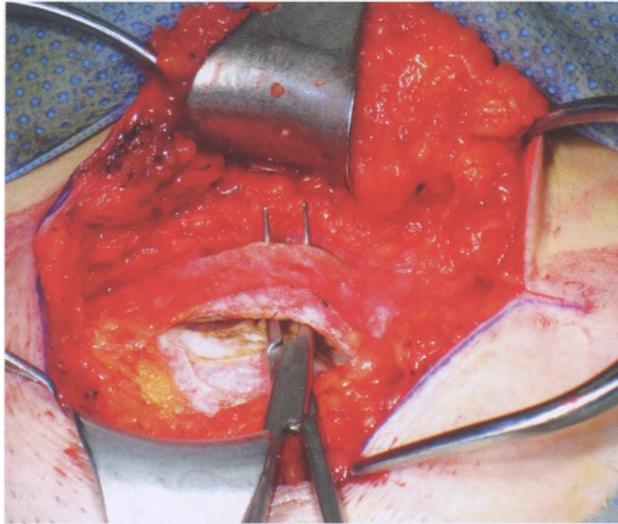


Рис. 2.47. При помощи изогнутого вправо зажима произведено разделение спаек между фасцией и мышцами передней брюшной стенки

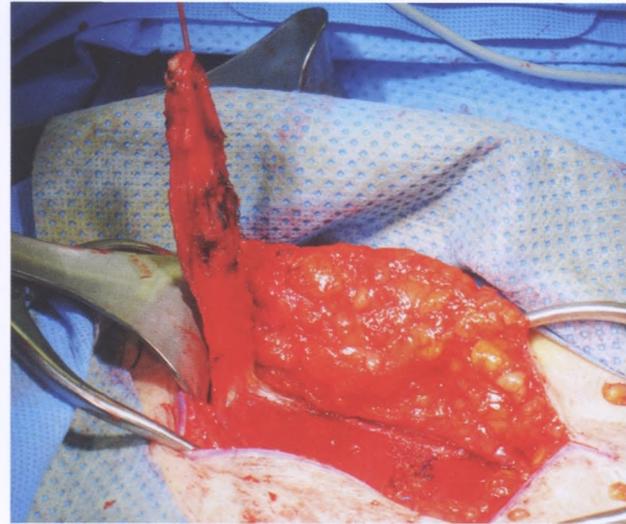


Рис. 2.49. Фасциальная полоска выделена справа и отсечена от мышц передней брюшной стенки

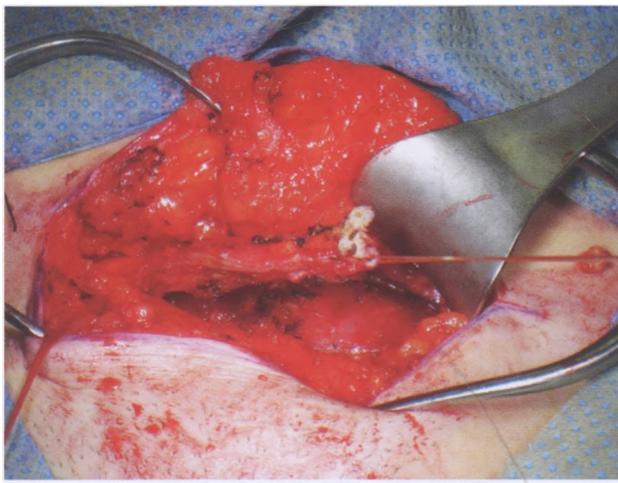


Рис. 2.48. На левый край фасциальной полоски, отделенной от латерального угла разреза, наложены множественные лигатуры из длительно рассасывающегося шовного материала № 1



Рис. 2.50. Полоска фасции передней брюшной стенки размером 2x12 см. По обоим краям фасциального лоскута наложены множественные лигатуры из длительно рассасывающегося шовного материала № 1

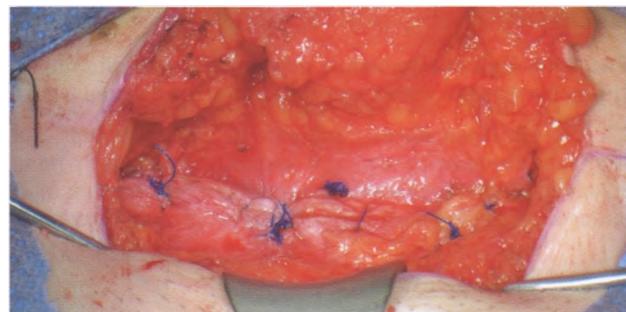


Рис. 2.51. Дефект фасции передней брюшной стенки закрыт множественными восьмиобразными швами из длительно рассасывающихся нитей № 1